FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1960

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

N° 257

DIPLOME D'UNIVERSITE

par

P F L U G Michael

né le 27 Juin 1929 à KASSEL (Allemagne)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE 70 CAS D'HEMORRAGIE RETRO-PLACENTAIRE.

Président : Mr. VARANGOT, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. . . . . Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof[r] à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Laribolsière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
— — (Profr à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Profr à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Profr à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Profr à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. pér. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.), m.c. agr GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A.), pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.) CONTE (M.) DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.) TURIAF (J.)

	MM.
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mlle HURÉ (A.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.,), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considerées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur VARANGOT

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de thèse.

En témoignage de ma reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549219_0026

A mon Maître, le Docteur Georges VALENSI

Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique

à l'Hôpital Charles Nicolle de Tunis.

qui m'a confié ce travail et qui m'a guidé avec beaucoup de bienveillance dans son élaboration.

En expression de ma profonde reconnaissance.

A mes Chefs de Service dans les hôpitaux de Tunis.

Monsieur le Professeur Jean DEMIRLEAU
Chef de Service de chirurgie à l'hôpital Charles Nicolle
de Tunis.

Monsieur le Docteur André CORCOS
Chef de Service de Médecine Femmes à l'hôpital Ernest Conseil
à Tunis.

En témoignage de ma gratitude.

A ma mère.

A la mémoire de mon père.

A ma femme et à mes enfants.

A PROPOS DE 70 CAS D'HEMORRAGIE RETRO-PLACENTAIRE

Président : M. le Professeur VARANGOT

INTRODUCTION

Nous rapportons dans ce travail 70 cas d'hémorragie Rétro-Placentaire, observés pour la plupart (66) à la Maternité de l'Hôpital Charles Nicolle et quelques-uns (4) dans la clientèle privée du Docteur Valensi qui a bien voulu nous les communiquer.

Les conditions actuelles de travail dans les maternités tunisiennes où la recherche doit être sacrifiée aux nécessités pressantes de la pratique ne nous ont pas permis de procéder à des investigations approfondies et en particulier aux examens histologiques et paracliniques qui auraient pu relever l'intérêt de ce travail.

Aussi, nous contenterons-nous, après avoir résumé l'histoire clinique de nos malades, de faire à leur propos, quelques remarques concernant :

- leur étiologie
- leur aspect clinique
- leur pronostic
- leur traitement.

ETIOLOGIE

A - FREQUENCE GENERALE

Nous ne tiendrons compte ici que du taux de fréquence générale constaté dans la série de malades observées à l'hôpital.

Nous avons relevé à la maternité de l'Hôpital Charles Nicolle entre le début de l'année 1951 et la fin du deuxième trimestre 1959 66 cas d'hémorragie retro-placentaire.

Pendant cette période il a été pratiqué 23 701 accouchements ce qui donne une proportion de

0, 278 pour cent

Ce chiffre correspond à ceux qui sont habituellement publiés sans compter les statistiques déjà anciennes de Tesnier qui signale 1 pour mille accouchements ou de Pinard qui a observé 51 cas en 20 ans à la clinique Baudeloque, les communications plus récentes indiquent un taux qui se situe aux environs de

0, 35 pour cent

C'est ainsi que parmi les auteurs français :

Vermelin notait 100 cas sur 30.000, soit	0,33 pour cent
Chastrusse	0,35 pour cent
Le Lorier	0,37 pour cent

Parmi les communications des auteurs étrangers, nous trouvons ces chiffres légèrement supérieurs aux précédents, mais encore très inférieurs aux nôtres :

August F. Daro et Harvey A. Collin trouvent	0,42 pour cent
Bland et Rakoff (1959)	0,93 pour cent
E. Steward Taylor et Harol M. Haugen	0,88 pour cent
Davis	0,73 pour cent

B - L'INFLUENCE DES CONDITIONS ETHNIQUES ET SOCIALES

Toutes nos malades d'hôpital étaient des Tunisiennes Musulmanes et nous n'avons observé aucun cas dans les autres catégories de la population, Israëlite ou Européenne.

Il est vrai que celles-ci ne constituent qu'une faible proportion de la clientèle hospitalière, comme l'indique le tableau suivant :

Du 1er Janvier au 31 Décembre 1953, on trouve sur :

3.767 accouchements :	1.970 Musulmanes,	soit 52,2 %
	1.107 Européennes	soit 29,4 %
	690 Israëlites	soit 18,4 %

Du 1er Janvier 1954 au 31 Décembre 1956, on trouve sur :

8.407 accouchements :	6.452 Musulmanes,	soit 77 %
	1.044 Européennes	soit 12 %
	921 Israëlites	soit 11 %

Le fait pourtant demeure très remarquable : c'est uniquement chez les Musulmanes que nous avons observé tous nos cas hospitaliers d'hémorragie rétro-placentaire.

Cela tient-il à des causes ethniques ou religieuses ? Nous ne le croyons pas. Il s'agit là d'un exemple, d'un phénomène plus général, observé dans l'ensemble de l'Afrique du Nord et les conclusions des auteurs qui se sont intéressés à la question de la fréquence des dystocies chez les Musulmans dans ce pays, sont très significatives.

C'est ainsi que le Docteur Valensi, dans son rapport au Congrès d'Alger (1952), de la Fédération des Obstétriciens de Langue Française, sur "La Dystocie en Tunisie", concluait ainsi :

"1°) Les dystocies sont très fréquentes en Tunisie...

2°) ... L'ignorance, la négligence et les usages locaux aggravent habituellement les effets de ces dystocies quand elles ne les créent pas. Il faut ajouter à ces causes :

- la misère d'une grande partie de la population.
- l'insuffisance de l'organisation obstétricale du pays.

3°) La population musulmane est particulièrement atteinte par l'une ou l'autre de ces causes de dystocie, voir par toutes à la fois.

4°) Le pronostic maternel et foetal des dystocies en Tunisie est sévère en général, et plus sévère en particulier chez les Musulmanes."

Toutes ces conclusions s'appliquent entièrement au problème étiologique de l'hémorragie rétro-placentaire en Tunisie. Le facteur étiologique essentiel est social et non ethnique ou religieux. Ce qui nous permet de l'affirmer est :

- d'une part, l'extrême misère physiologique des Musulmanes qui viennent accoucher dans le service, et particulièrement celles que nous avons pu observer nous-mêmes, à l'occasion de l'hémorragie rétro-placentaire.

- et d'autre part, la rareté de l'hémorragie rétro-placentaire en clientèle privée qu'il s'agisse de Musulmanes, d'Israëlites ou d'Européennes, le fait est que, en plus de 20 ans de pratique en ville, le Docteur Valensi n'a pu relever que 4 cas.

Cette influence des conditions sociales et de la misère physiologique a d'ailleurs été remarquée depuis bien longtemps et Barnes écrivait déjà en 1886, dans son traité :

" Cette séparation prématurée du placenta est rare chez les femmes jeunes et robustes... elle est connue surtout chez les femmes qui ont passé 35 ans, qui ont eu beaucoup d'enfants, dont la constitution est usée par la maladie et la pauvreté, par l'intempérence, dont les tissus sont mal nourris et atones, et tendent à l'atrophie et à la dégénérescence."

Nos observations confirment pleinement cette remarquable notation clinique, si ancienne soit-elle, en ce qui concerne l'influence de la misère physiologique. Elles confirment aussi l'influence de l'âge et de la parité, que les auteurs ont notamment souligné.

C.- L'INFLUENCE DE L'AGE

Nous avons consigné dans le tableau -ci-dessous la répartition des cas, suivant l'âge :

moins de 20 ans	6,25 %
de 21 à 25 ans	12,5 %
de 26 à 30 ans	43,7 %
de 31 à 35 ans	21,8 %
au-dessus de 35 ans	15,6 %

Malgré les réserves qu'il convient de faire en ce qui concerne l'âge exact de nos malades, la plupart n'ayant pas d'état civil très précis, il apparaît clairement que :

- plus des 2/3 de nos malades avaient dépassé 25 ans et plus d'1/3 30 ans.

Cette remarque n'a de la valeur que si l'on sait que la plupart des Musulmanes, de faible condition économique se marient très tôt, habituellement entre 14 et 15 ans, et que l'âge de 25 ans pour elles, est un âge fonctionnellement avancé ; elles portent déjà sur leur corps les stigmates d'une vie très pénible, aggravée par les maternités répétées.

D.- INFLUENCE DE LA PARITE

Toutes les communications insistent sur le fait que l'hémorragie rétro-placentaire est une affection de la multipare. Les chiffres se situent en général aux environs de 75 %. (Portes, dans sa thèse, dénombrait 72 %).

Dans notre service l'influence de la parité est encore plus nette puisque :

87,5 % de nos malades étaient des multipares

Bien plus, nos observations mettent en évidence le rôle de la "grande multiparité", puisque, comme l'indique le tableau ci-dessous 57,8 % avaient eu plus de 5 grossesses antérieures

Primipares	12,5 %
Multipares	87,5 %
2ème et 3ème pares ..	9,37 %
4ème et 5ème pares ..	20,31 %
6ème pares et + ...	57,8 %

E.- AGE DE LA GROSSESSE

Maladie du dernier tiers de la grossesse, l'hémorragie rétro-placentaire peut se voir également avant le neuvième mois ou au cours de celui-ci. Dans notre série :

- 58 % des cas ont été observés entre 7 mois et 9 mois et 48 % du début du 9ème mois à la fin de celui-ci.

F.- INFLUENCE DU TRAUMATISME

Celle-ci a été observée dans un seul cas (Obs. 13) où l'hémorragie retro-placentaire s'est produite immédiatement, après un coup de pied sur le fond utérin au cours d'une grossesse de 8 mois.

G.- L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Il ne s'agit ici que de l'hypertension artérielle antérieure à la grossesse et que celle-ci aggrave jusqu'à déclencher ces à-coups brusques, cause probable de l'hémorragie rétro-placentaire. Dans toutes les statistiques récentes, on en trouve un nombre relativement grand et Vermelin, dans un travail de 1958, notait 10 cas sur 100.

Dans notre série, ce type d'hypertension artérielle n'a été noté que dans deux observations en ville : l'hypertension préexistait à la grossesse et s'est accentuée au cours du dernier trimestre.

Mais il n'est pas possible de dire dans quelle mesure nos malades d'hôpital étaient hypertendues ou non avant leur dernière grossesse. Dans tous les cas, en effet, il s'agissait de femmes non surveillées ni par les médecins ni par des accoucheurs, et qui ont été admises dans le service seulement à l'occasion de leur hémorragie rétro-placentaire.

On a pourtant l'impression qu'il n'y avait pas d'hypertendues "permanentes" parmi elles, car celles que nous avons pu suivre longtemps après leur accouchement, gardaient une tension normale ou au-dessous de la normale.

Cette impression ne correspond donc pas, comme nous l'avons dit, à celles des auteurs de "pays économiquement avancés" dont les communications récentes font état de taux d'hypertendues nettement supérieurs au nôtre.

A quoi tient cette différence ? Il semble que les conditions étiologiques aient varié depuis Barnes en Europe et en Amérique du Nord, alors qu'au contraire en Tunisie, elles n'aient pas beaucoup changé : là, l'amélioration des conditions de vie augmentent relativement le nombre des hypertendues, et ici, celui-ci est très faible par rapport au nombre de femmes "usées par la maladie et la pauvreté".

H.- L'INFLUENCE DE LA TOXICOSE TARDIVE

Nous analyserons plus en détail dans le chapitre consacré à l'aspect clinique de nos observations, les rapports que nous avons pu noter entre cet état et l'hémorragie rétro-placentaire. Nous disons simplement ici que :

dans 39 cas, soit 55,7 %
l'hémorragie rétro-placentaire a été précédée ou accompagnée de un ou plusieurs signes de "toxicose tardive".

mais que dans 31 autres observations, soit 44,3 % des cas aucun de ces signes n'a été noté ni avant ni après les accidents hémorragiques.

Il est vrai que cette statistique englobe tous les cas observés, y compris ceux où l'hémorragie rétro-placentaire a été découverte fortuitement après la délivrance, sans qu'elle ait donné lieu à la moindre manifestation clinique. C'est pourtant la seule manière d'envisager l'influence relative de la toxémie gravidique sur le déclenchement de l'hémorragie rétro-placentaire. Si l'on voulait rechercher cette étiologie uniquement parmi les cas cliniquement "apparents", les chiffres seraient différents et l'on trouverait dans notre série 37 cas sur 63, soit 58,7 %.

Ainsi, même en sélectionnant nos observations, ce qui augmente artificiellement le rôle de la toxicose dans l'étiologie de l'hémorragie rétro-placentaire, il apparaît que ce rôle est loin d'être aussi important, ni si exclusif qu'on l'a parfois prétendu.

I.- INFLUENCES DIVERSES

Dans certaines observations, on peut trouver certains états pathologiques qui peuvent à la rigueur, être invoqués dans l'étiologie de l'accident hémorragique inter-utéro-placentaire, encore que la coexistence des deux affections puisse être qu'une coïncidence.

C'est ainsi que nous avons retrouvé :

- deux fois la gémilité : Obs. 7 et 56
- une fois l'hydramnios : Obs. 9
- une grippe dans les antécédents immédiats : Obs. 14
- un rétrécissement mitral : Obs 20
- un ictère : Obs. 65

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE MACROSCOPIQUE

I.- SIEGE DU PLACENTA

Tenant compte des constatations faites en cours d'intervention ou bien, si l'accouchement s'est produit par les voies naturelles, de l'examen du placenta et des membranes, nous avons remarqué que dans la majorité des cas, le placenta était franchement inséré sur le corps utérin. Il s'agissait donc bien "de décollement prématuré du placenta normalement inséré".

Dans 5 cas pourtant, soit 7;14 % des cas, le placenta était praevia (Obs. 9 - 19 - 20 - 25 - 70).

La coexistence des deux affections a été diversement appréciée par les différents auteurs, et parmi les communications récentes les uns, en signalent la rareté : Guntz : 0,72 % (1952), d'autres la relative fréquence : Vermelin : 33 % (1958).

Nos chiffres sont donc intermédiaires entre ces deux taux extrêmes.

2.- IMPORTANCE DU CAILLOT

Il n'a pas été possible d'apprécier très exactement dans tous les cas la dimension ni le poids du caillot rétro-placentaire. Mais en se contentant

d'une appréciation approximative, nous avons pu cependant classer nos observations en trois séries selon que le caillot était :

- petit
- moyen
- volumineux

Dans 8 cas, il s'agissait d'un caillot petit soit 11,4 %
Dans 26 cas, d'un caillot moyen soit 37,1 %
Dans 36 cas d'un caillot volumineux soit 57,4 %

3.- FORMES "PROLABLEMENT LOCALISEES".

Nous entendons pas là les formes où les seules lésions observées consistaient en hémorragie rétro-placentaire, avec atteinte plus ou moins évidente du placenta et à l'exclusion de toute "apoplexie utérine".

Il est difficile d'en apprécier le nombre exact : nous avons pu en dénombrer 5 parmi les malades opérées ; ici, les constatations étaient indiscutables. Mais dans tous les autres cas où l'accouchement s'est terminé par les voies naturelles et que la femme a survécu, comment apprécier l'existence ou non d'une atteinte de la musculature utérine ?

Nous nous sommes alors basés sur le contexte clinique (symptômes mineurs, évolution très rapidement favorable) pour grouper toute une série d'observations comprenant :

1. 46 cas, soit 65,7 % de formes "probablement localisées".

Nous n'insisterons pas sur la description macroscopique des lésions placentaires et qui correspondent dans notre série à toute la gamme que l'on décrit habituellement :

- les cupules,
- les infarctus rouges
- la congestion localisée à quelques cotylédons ou étendue à tout le délivre.
- sans compter les "infarctus blancs",

toutes lésions dont nous reparlerons plus en détail à propos de l'anatomie microscopique.

4.- APOPLEXIES UTERO-PLACENTAIRES

Toutes les autres observations, soit 24 (34,28 %) peuvent être considérées comme des formes plus ou moins étendues d'Apoplexie Utéro-Placentaire.

Parmi elles, 22, soit 31,4 % en étaient certainement car les lésions ont été constatées au cours d'intervention ou d'autopsie (Obs. 1 - 5 - 16 - 18 - 19 - 25 - 27 - 28 - 29 - 30 - 33 - 37 - 39 - 44 - 45 - 46 - 47 - 54 - 55 - 62 - 66 - 67).

et 2 autres, soit 2,8 % qui se sont terminées par la mort de la femme dans un état de choc gravissime, avant toute intervention, peuvent, malgré l'absence de contrôle anatomique, être considérées sans risques d'erreur, comme des apoplexies utéro-placentaires. (Obs. 3 et 4).

Dans l'ensemble, cette proportion de 34,8 % nous paraît très élevée si on la compare à celles des autres auteurs et cela tient sans doute au mode de recrutement de nos services où les cas gravissimes venant de très loin à la ronde, nous sont conduits en extrême urgence. Ce qui fausse sans doute ce taux de fréquence réel des apoplexies utéro-placentaires par rapport aux formes localisées généralement moins graves.

Il faut dire aussi que ces apoplexies utéro-placentaires n'ont pas toutes revêtues, anatomiquement et cliniquement, l'aspect dramatique des descriptions classiques de Couvelaire ; en effet, si dans 18 cas, il y avait un véritable infarcissement de tout l'utérus et des annexes, dans 6 cas, il s'agissait de formes mineures, où l'on reconnaissait, à part l'hématome inter-utéro-placentaire, des rares suffusions éparses dans l'épaisseur du muscle et séparées par du tissu apparemment sain, ou bien quelques pétechies sous-péritonéales.

Enfin, signalons un cas très particulier dont nous n'avons pas retrouvé de description identique dans la littérature : l'infarcissement intéressait tout le segment inférieur mais uniquement celui-ci, le corps utérin conservant un aspect normal (Obs. 5). Il s'agissait, nous l'avons vu, d'une forme cataclysmique qui tua la femme en quelques heures après un accouche-

ment normal, sans hémorragie externe notable. C'est, en somme, une forme d'apoplexie segmentaire tardive, et localisée, sans hémorragie rétro-placentaire véritable.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Pour les raisons indiquées dans notre introduction, nous n'avons pu, pendant longtemps, avoir de renseignements histologiques sur les placentas ou les utérus de nos malades atteints d'Hémorragie Rétro-Placentaires.

Ce n'est en effet que depuis peu de temps qu'il existe un Service d'Anatomo-Pathologie à l'Hôpital Charles Nicolle. Encore est-il tellement débordé par les demandes de tous les Services, groupant 1.200 lits, que nous ne pouvons compter sur lui, malgré la bonne volonté de son animateur (le Docteur Zerah).

Pourtant, nous avons pu, dans 5 cas, obtenir des photographies des préparations histologiques de placenta et d'utérus qui ont ont permis de retrouver les lésions décrites par tous les auteurs :

Nous avons ainsi remarqué :

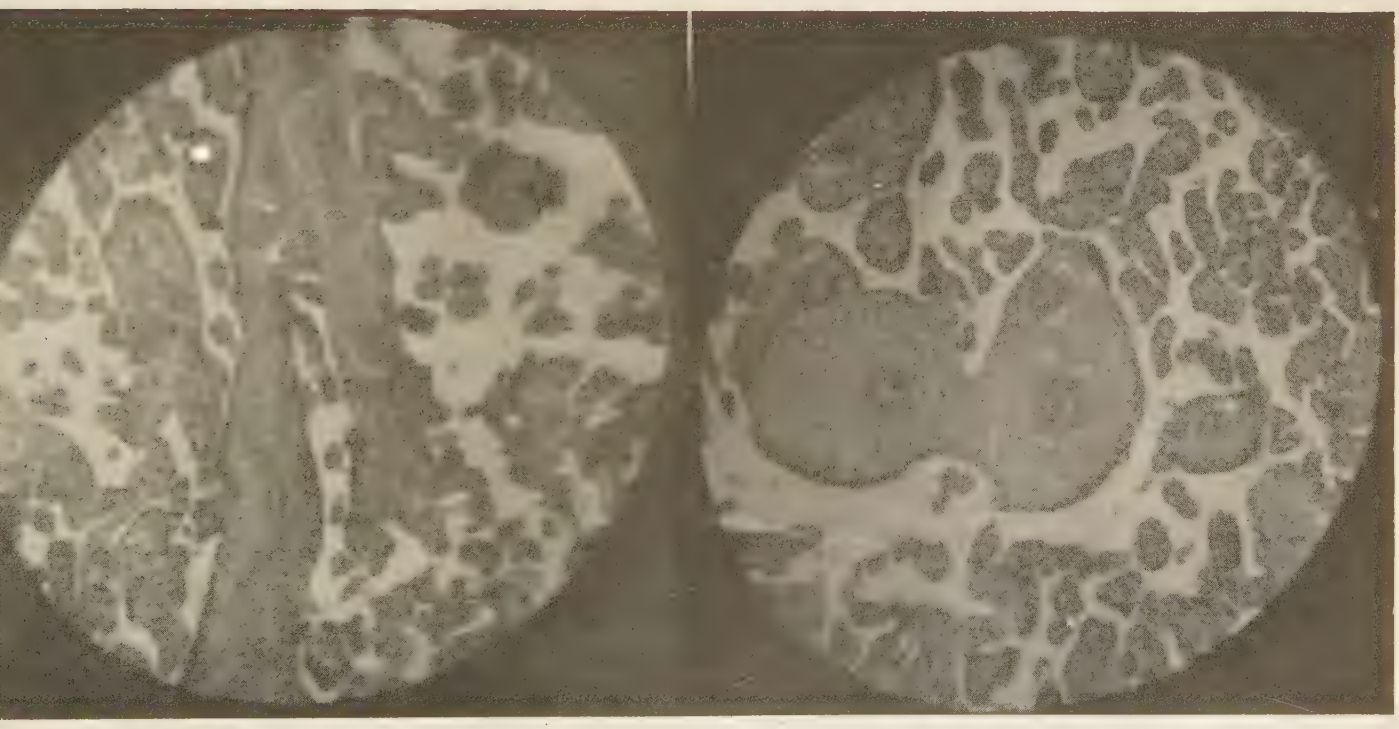
1°) La constante atteinte de la caduque maternelle, dont des nombreux fragments nécrosés se retrouvaient au niveau ou autour de la cupule placentaire.

2°) L'importance des plages d'hyalinisation en bordure de la cupule.

3°) Des lésions vasculaires constantes et plus ou moins disséminées dont les principales sont :

a) congestion vasculaire intense prenant parfois un caractère angiomateux.

b) les infiltrations leucocytaires péri-vasculaires du type "inflammatoire" surtout au niveau des cupules



c) et surtout des retentissements vasculaires avec hypertrophie de la média tout à fait semblables à celles sur lesquelles insistait récemment Isidor.

4°) Enfin, de nombreux bourgeons violositaires en "massues" disséminées ou en îlots dans les espaces intervilleux.

Nous reproduirons ci-contre 4 des clichés les plus caractéristiques où l'on note avec une grande netteté les vaisseaux dont la média est hypertrophiée, et les bourgeons ou îlots villositaires.

FORMES CLINIQUES

Les hémorragies rétro-placentaires dont nous avons rapporté les observations ne sont pas toujours extériorisées par le même ensemble de symptômes, et nous essaierons d'en schématiser le groupement selon leurs caractères cliniques.

I.- FORMES SILENCIEUSES

Dans 7 cas, soit 10%, l'hémorragie rétro-placentaire a été une découverte fortuite, après la délivrance, et ne s'était donc manifestée auparavant par aucun symptôme clinique.

II.- FORMES CLINIQUEMENT APPARENTES

Dans toutes les autres observations, un ou plusieurs symptômes classiques ont permis le diagnostic de l'hémorragie rétro-placentaire avant l'accouchement :

- la douleur
- l'hémorragie externe
- le choc
- la contracture utérine

Mais tous ces signes n'ont pas été retrouvés chez toutes nos malades.

a) La Douleur

La douleur n'a été observée que dans 23 cas soit 32,8 %

- Il s'agissait rarement de douleur brutale du fond utérin comme dans les obs. 22 - 27 - 33 - 38 - 42 - 43 - 46 - 57.
- Plus souvent, la douleur apparut peu à peu, au cours du travail. La localisation au fond utérin ou sur les bords de l'utérus et la persistance entre les contractures avaient attiré notre attention (Obs. 18 - 25 - 29 - 31 - 34 - 48 - 58 - 60).
- D'autres fois, la douleur était plus diffuse, moins spontanée que provoquée par le palper utérin (Obs. 3 - 36 - 37 - 40 - 53 - 54 - 62).

b) L'hémorragie externe

L'hémorragie externe a été retrouvée plus fréquemment qu'on n'en signale habituellement. C'est ainsi que dans 56 cas, soit 80 %, une hémorragie externe a été notée dans nos observations. (Obs. 1 - 4 - 5 - 7 - 8 - 9 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 30 - 31 - 32 - 33 - 35 - 36 - 37 - 39 - 40 - 41 - 42 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 70).

Ce signe n'a pas toujours été lié à la coexistence d'un placenta praevia, puisque nous avons déjà remarqué que l'insertion basse du placenta n'a été observée que cinq fois dans notre série.

L'écoulement externe a été peu abondant dans 41 cas soit 58,5 %
plus abondant dans 11 cas soit 15,7 %
abondant ou prolongé dans 8 cas soit 11,4 %

c) Les signes de choc

Les signes du choc ont été signalés dans 31 observations, soit 42,2% mais il ne revêtait pas toujours le même caractère, ni par l'intensité des symptômes ni par les circonstances de leur apparition.

- Certaines femmes étaient admises dans état de choc alarmant, qui semblait s'être produit assez rapidement au début de l'hémorragie rétro-placentaire (Obs. 1 - 3 - 7 - 34 - 39 - 44 - 46 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 62 - 64 - 6è - 70).

- D'autres fois, c'est en cours d'évolution de l'affection que les premiers signes ont apparu chez une femme suivie dans le service depuis peu, alors que l'hémorragie rétro-placentaire était déjà cliniquement affirmée ou soupçonnée. (Obs. 4 - 5 - 16 - 20 - 25 - 33 - 47 - 48 - 56).

- Enfin, dans d'autres cas, c'est en cours d'intervention ou après celle-ci que l'état de la femme jusque là plus ou moins conservé, s'aggrava brusquement. (Obs. 18 - 27 - 31- 37 - 55).

De la lecture des observations, il apparaît nettement que si deux facteurs interviennent pour expliquer l'apparition de signes de choc, l'hémorragie et la "toxicose", c'est surtout l'importance de l'hémorragie qui semble avoir été le plus souvent en cause.

d) Les signes associés

A cet ensemble symptomatique classique relevant de l'accident hémorragique lui-même, il convient de rattacher d'autres signes que l'on peut ranger dans deux catégories :

- les uns sont l'expression de la "toxicose" gravidique, précédant, accompagnant ou suivant l'hémorragie rétro-placentaire.

- les autres traduisent une des complications les plus graves de l'hémorragie rétro-placentaire : ce sont les manifestations cliniques de l'afibrinogénémie.

HEMORRAGIE RETRO-PLACENTAIRE ET TOXICOSE GRAVIDIQUE

Les relations entre les deux états est un fait bien établi, encore que tous les auteurs n'adoptent pas les mêmes idées à ce sujet.

Nous n'aborderons pas la discussion de ce problème de doctrine et ne prétendons pas choisir entre les points de vue parfois diamétralement divergeants entre ceux qui, avec :

- Marc Rivière, par exemple, estiment que les "signes toxiques" sont conséquence et non cause des accidents hémorragiques.

et ceux qui, avec :

- Fruhinsholz, par exemple, pensent qu'il y a "un air de famille" entre l'Eclampsie et l'Hémorragie rétro-placentaire, toutes deux étant des complications d'un même état du dernier tiers de la grossesse.

Nous nous contenterons dans ce travail essentiellement clinique d'apporter dans ce débat les chiffres tirés de l'analyse clinique de nos 70 observations, que nous résumerons dans le tableau suivant :

	Nombre	Pourcentage
Malades ayant présenté un ou plusieurs signes de toxicose	39	55,7 %
Albuminurie	36	51,4 %
Hypertension artérielle	14	20 %
Oedèmes	7	10 %

De ce tableau, nous pouvons tirer quelques remarques :

1°) L'apparition de l'un quelconque des signes cliniques au cours de l'évolution de l'hémorragie rétro-placentaire, c'est-à-dire la précédant, l'accompagnant ou la suivant, n'est pas un fait constant.

Elle est certaine dans 39 cas, mais dans 31 cas, nous n'avons observé ni hypertension artérielle, ni albumine, ni oedème.

2°) L'albuminurie a été signalée dans 36 cas, seule ou associée à l'un ou l'autre de ces signes. (Obs. 1 - 2 - 3 - 4 - 6 - 7 - 8 - 17 - 19 - 20 - 23 - 24 - 26 - 27 - 28 - 29 - 31 - 34 - 36 - 37 - 38 - 40 - 45 - 47 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 59 - 61 - 62 - 68).

Cette albuminurie a varié selon les cas, par son importance et sa date d'apparition.

En importance, nous avons remarqué :

- dans 12 cas, il s'agissait d'une albuminurie massive
- dans 15 cas, d'une albuminurie de moyenne abondance,
- dans 9 cas, simplement de traces à peine dosables.

L'existence de cette albuminurie n'est pas forcément en rapport avec la gravité de l'hémorragie rétro-placentaire, puisque, dans les formes mortelles, elle a été retrouvée que huit fois.

3°) L'hypertension artérielle

Nous parlerons ici que des hypertensions artérielles apparues au cours de la grossesse, mettant à part les deux cas d'hypertension artérielle antérieure à la grossesse que nous avons signalés plus haut à propos de l'étiologie.

L'analyse des 68 autres cas est plus difficile, car si l'on peut parfois affirmer l'existence d'une élévation partielle de la tension artérielle, dans d'autres cas, la malade étant admise en état de choc intense, avec une tension artérielle très basse, voir imprenable, il est impossible d'en induire la valeur, immédiatement avant le début des accidents.

Les chiffres statistiques que nous indiquerons sont donc très probablement inférieurs aux chiffres réels.

Dans l'ensemble, une élévation de la tension artérielle a été notée dans 12 Observations, soit 17,6 %.

- Dans 2 cas, l'élévation était importante portant sur la minima et la maxima.

- Dans 10 cas, il s'agissait d'une élévation modérée, ne dépassant pas 15 pour la maxima et 9 pour la minima.

Nous ne ferons pas de rapprochement entre le degré de l'élévation tensionnelle et la gravité de l'hémorragie rétro-placentaire, comme nous l'avons fait à propos de l'albuminurie, précisément parce que c'est au cours des formes très graves, avec choc intense, que nous ne pouvons tirer aucune conclusion de l'état de la tension artérielle, avant les accidents hémorragiques.

HEMORRAGIE RETRO-PLACENTAIRE et AFIBRINOGENEMIE

Les relations entre les deux états sont de connaissance relativement récente puisque c'est précisément chez une femme atteinte d'apoplexie que De Lee a signalé, en 1901, la première observation de ce qu'il appelait "l'hémophilie temporaire".

De même, dans les observations de William, en 1919, et Wilson, en 1922, concernant deux hémorragies rétro-placentaires et les autres accusaient une toxine placentaire de déterminer l'incoagulabilité sanguine.

Mais l'attention des accoucheurs n'avait pas été beaucoup attirée par ces faits, puisqu'au Congrès de la Fédération des Obstétriciens de Langue Française de 1937, aucune mention n'en a été faite, ni par les rapporteurs, ni au cours de discussion.

Dieckmann avait pourtant montré dès 1936, l'existence des afibrinogénémies au cours des hémorragies rétro-placentaires.

En fait, c'est surtout après le travail de Dam et de ses collaborateurs, en 1941, que l'afibrinogénémie prit une place bien déterminée en pathologie obstétricale.

Depuis de très nombreuses publications ont été consacrées à cette question tant en France qu'à l'étranger, mettant en évidence entr'autres facteurs étiologiques d'afibrinogénémie les hémorragies rétro-placentaires.

De nombreuses afibrinogénémies ont été observées à la maternité de l'Hôpital Charles Nicolle de Tunis.

J. Pérez, dans sa thèse de Paris du 23 Mai 1957, inspirée par notre Maître, le Docteur Valensi, en a étudié une série de 13 cas, parmi lesquels 5 hémorragies rétro-placentaires, soit 40 % des afibrinogénémies.

Dans notre série de de 70 Observations, d'hémorragie rétro-placentaire, nous avons relevé 17 afibrinogénémies, soit 24,2 %.

Les manifestations cliniques de ces afibrinogénémies sont variables.

1°) Dans certains cas, l'incoagulabilité apparaît en même temps que les premiers signes de l'hémorragie rétro-placentaire. (Obs. 16 - 18 - 27 - 37 - 39).

Il s'est agi, dans ces cas, de véritables syndrômes hémorragiques atteignant, semble-t-il, tous les capillaires de l'organisme et l'on peut se demander si la même cause vasculaire "n'a pas déterminé chez ces malades et l'apoplexie utéro-placentaire et l'afibrinogénémie".

2°) D'autres fois, c'est au cours d'une hémorragie rétro-placentaire déjà installée que l'afibrinogénémie s'est manifestée. L'incoagulabilité ne concernait d'abord que l'écoulement du sang utérin, et s'étendit ultérieurement à l'ensemble du sang circulant. (Obs. 1 - 16 - 22 - 25 - 28 - 45 - 50 - 51 - 62).

Dans ces cas, on peut bien penser que le point de départ fut local, la défibrination se produisant par excès de thrombo-plastine, ou par action d'enzyme fibrinolytique.

L'afibrinogénémie serait donc bien alors la conséquence de l'hémorragie rétro-placentaire.

3°) Dans d'autres observations (20 - 3), c'est après l'accouchement que l'incoagulabilité apparut brusquement, aggravant une évolution qui semblait jusque là favorable.

Quel que fut le mode d'apparition de l'afibrinogénémie, la conclusion essentielle à tirer de ces fait est l'aggravation considérable du pronostic des hémorragies rétro-placentaires associées à l'afibrinogénémie.

C'est ainsi que :

sur 17 de nos observations, nous avons observé 8 cas mortels, soit 47,1 %

alors que dans tous les autres cas d'hémorragie rétro-placentaire, la mortalité n'a été que de 7,5 %.

Pourtant ces chiffres doivent être signalés avec réserve. La meilleure connaissance actuelle de cette complication, permettant de la déceler à temps et de la traiter, permet actuellement d'en améliorer le pronostic. Sans parler de l'action, bien connue, du fibrinogène, nous tenons à signaler l'action thérapeutique de la cortisone injectée à doses massives qui nous a permis, en absence de fibrinogène, de stopper l'évolution de l'afibrinogénémie dans certains cas, apparemment très graves.

Ces faits ont été particulièrement mis en relief dans la thèse de Pérez.

Tenant compte de cette expérience, nous avons alors systématiquement traité préventivement toutes les hémorragies rétro-placentaires par la cortisone. Coïncidance ou action thérapeutique, le fait est que depuis, que nous avons adopté cette pratique aucune afibrinogénémie n'a été notée dans le service, même dans les formes très graves de l'hémorragie rétro-placentaire, depuis près de deux ans.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le pronostic d'ensemble, maternel et foetal, est assez sévère dans notre série de 70 observations, puisque nous avons enregistré :

14 décès maternels sur 70 femmes, soit 20 %
et trois enfants vivants (dont deux jumeaux)

c'est-à-dire qu'au cours de 68 accouchements, tous les enfants sont morts in utero.

Si le taux de mortalité infantile est à peu de choses près celui qui est signalé par la plupart des auteurs, celui de la mortalité maternelle est certainement très élevé dans notre série.

C'est ainsi que, sans rappeler les statistiques déjà anciennes, rapportées au Congrès de 1937, nous pouvons citer des chiffres plus récents de :

Stanley M. Byshe (1953), sur 340 cas, notait une mortalité maternelle de 0,6%

Lance Townsend (Melbourne 1958/59) publie une statistique de 588 cas sans mortalité maternelle.

Silbernagel et Patterson (1958/59) : 2, 6 %

Stewart E. Taylor et Harol D. Haugen (1954) : 2, 8 %

Nous essaierons, en analysant nos observations, d'apprécier les causes de cette importante mortalité maternelle et foetale enregistrée dans notre série.

ELEMENTS DU PRONOSTIC MATERNEL

1°) Les formes anatomiques

a) Si nous nous reportons à la classification établie plus haut, à propos des lésions anatomiques observées, nous constatons que dans 46 cas de formes "probablement localisées", nous n'avons eu à déplorer aucun décès,

et dans les cas d'apoplexie utéro-placentaire : sur 24 cas, 14 décès, soit 58,2 %.

b) D'un autre côté, en tenant compte de l'importance du caillot, il apparaît que dans les cas où le caillot était :

- peu important, il y avait 25 % de mortalité (14,2 % de la mortalité globale)
- d'importance moyenne, il y avait 19,1 % de mortalité
- de grosse importance, il y avait 19,4 % de mortalité (50 % de la mortalité globale)

Ainsi, il résulte de la confrontation des éléments anatomiques macroscopiques que :

1°) L'hémorragie rétro-placentaire est d'autant plus grave qu'il s'agit de formes intéressant le corps utérin et que le caillot est plus volumineux.

2°) Que ces facteurs anatomiques ne sont pourtant pas constants puisque certaines femmes n'ont pas survécu dont le caillot rétro-placentaire était d'importance réduite.

D'autres éléments peuvent donc intervenir, que nous essaierons de mettre en évidence, par l'analyse des facteurs étiologiques, cliniques et thérapeutiques.

2°) Facteurs étiologiques

Nous rappellerons ici ce que nous avons déjà signalé plus haut :

1.- Dans 31 cas, où l'hémorragie rétro-placentaire n'a pu être rattachée à une "dysgravidie", la mortalité a été de 19,3 % (6 décès : 42,8 % de la mortalité globale)

2.- Dans les deux cas où existait une hypertension artérielle antérieure, les deux femmes ont guéri.

3.- Enfin, dans les 39 cas où la "dysgravidie" s'était manifestée par l'un ou l'autre des symptômes habituels, la mortalité s'est élevée à 8 cas soit 20,5 %. (57,2 % de la mortalité globale).

De plus, quand l'hémorragie rétro-placentaire a coexisté avec une éclampsie confirmée, la femme n'a pas survécu (Obs. 28).

Il apparaît ainsi que la mortalité est très légèrement plus forte dans les formes "toxiques", mais que la différence avec les formes non toxiques n'est pas suffisamment importante pour attribuer à ce facteur un rôle essentiel dans l'aggravation de l'hémorragie rétro-placentaire.

3°) Facteurs cliniques

De l'analyse des observations, il semble bien que c'est l'hémorragie, qui, par son abondance ou par sa persistance, a été le facteur aggravant essentiel.

a) C'est ainsi que dans les formes où les signes d'anémie aigue sont apparus : soit primitivement (abondance du caillot)
soit secondairement (hémorragie suivant la délivrance),
le nombre de décès a été de 13 sur 31 cas soit 41;9 %, alors que pour l'ensemble des autres cas, le nombre de décès a été beaucoup plus réduit : 3,4 % (1 décès sur 39 cas).

b) Mais on peut encore distinguer les formes hémorragiques avec ou sans afibrinogénémie : sur 17 cas avec afibrinogénémie (24,2 %

2°) Facteurs étiologiques

Nous rappellerons ici ce que nous avons déjà signalé plus haut :

1.- Dans 31 cas, où l'hémorragie rétro-placentaire n'a pu être rattachée à une "dysgravidie", la mortalité a été de 19,3 % (6 décès : 42,8 % de la mortalité globale)

2.- Dans les deux cas où existait une hypertension artérielle antérieure, les deux femmes ont guéri.

3.- Enfin, dans les 39 cas où la "dysgravidie" s'était manifestée par l'un ou l'autre des symptômes habituels, la mortalité s'est élevée à 8 cas soit 20,5 %. (57,2 % de la mortalité globale).

De plus, quand l'hémorragie rétro-placentaire a coexisté avec une éclampsie confirmée, la femme n'a pas survécu (Obs. 28).

Il apparaît ainsi que la mortalité est très légèrement plus forte dans les formes "toxiques", mais que la différence avec les formes non toxiques n'est pas suffisamment importante pour attribuer à ce facteur un rôle essentiel dans l'aggravation de l'hémorragie rétro-placentaire.

3°) Facteurs cliniques

De l'analyse des observations, il semble bien que c'est l'hémorragie, qui, par son abondance ou par sa persistance, a été le facteur aggravant essentiel.

a) C'est ainsi que dans les formes où les signes d'anémie aigue sont apparus : soit primitivement (abondance du caillot)
soit secondairement (hémorragie suivant la délivrance),
le nombre de décès a été de 13 sur 31 cas soit 41;9 %, alors que pour l'ensemble des autres cas, le nombre de décès a été beaucoup plus réduit : 3,4 % (1 décès sur 39 cas).

b) Mais on peut encore distinguer les formes hémorragiques avec ou sans afibrinogénémie : sur 17 cas avec afibrinogénémie (24,2 %

du total) on a noté 8 décès, soit 47,1 % et 57 % de la mortalité globale.

> Il apparaît alors nettement que la cause essentielle de mortalité est l'hémorragie et que l'afibrinogénémie à elle seule fut responsable de la moitié des décès que nous avons observés.

4°) Facteurs thérapeutiques

A la vérité, tout dépend essentiellement du traitement, de son mode, et de la rapidité de l'intervention.

Nous préciserons tout à l'heure plus en détail les différentes modalités thérapeutiques instituées dans l'ensemble de nos observations et nous chercherons seulement ici, à propos du pronostic, à préciser :

l'influence du type de traitement obstétrical pratiqué

Nous pouvons, sous ce rapport, grouper nos observations en trois catégories selon que :

1°) L'accouchement s'est terminé par les voies naturelles

2°) l'on a pratiqué une césarienne avec conservation de l'utérus

3°) l'on a eu recours à une hystérectomie :

- soit d'emblée
- soit secondairement après une césarienne.

Dans chacun de ces groupes, le taux de mortalité a été différent.

Mode d'accouchement	Nombre	Nombre décès	Pourcentage des décès	Pourcentage mort. glob.
Accouchement naturel	44	4	9,09 %	28,6 %
Césarienne	21	5	23,8 %	35,7 %
Hystérectomie en total	7	5	71,4 %	35,7 %
Hystérectomie d'emblée	2	2	100 %	14,2 %
Hystérectomie secondaire	5	3	60,4 %	21,4 %

Il semble donc que le pronostic soit d'autant plus grave que l'on est obligé d'opérer les femmes, et d'autant plus que l'on a recours à des interventions mutilatrices.

De tels résultats iraient dans le sens de ceux qui sont partisans du traitement "conservateur" au cours de l'hémorragie rétro-placentaire. Mais nous verrons tout à l'heure, à propos du traitement, les réserves que l'on doit faire à une telle attitude thérapeutique.

5°) Influence de l'organisation obstétricale en Tunisie

Si de nombreuses femmes n'ont pas survécu, cela a tenu, semble-t-il :

1°) ou bien à ce qu'elles sont arrivées dans le Service dans un état grave avec des lésions irrémédiables, la femme mourant avant toute intervention, dès son admission. (Obs. 1 - 3 - 19 - 34 - 39 - 44 - 67).

2°) ou bien qu'il s'agissait de formes particulièrement sévères et au cours desquelles nos divers traitements locaux ou généraux n'étaient pas en mesure de renverser un état de lésions irréversibles.

Il s'agissait soit :

- de lésions hypertoxiques comme dans l'observation 5
- d'anémie suraigue, par hémorragie foudroyante comme dans l'Obs.4
- d'afibrinogénémie incoercible, alors que nous n'avions pas encore de fibrinogène et ne connaissions pas les effets remarquables de la cortisone
- d'afibrinogénémies généralisées à évolution suraigue.

Une grande partie de ces décès sont en fait imputables à une insuffisance grave de notre organisation obstétricale :

- d'une part une grande partie des malades que nous avons perdues n'avaient jamais été suivies ni pendant la grossesse, ni au cous de l'accouchement et elles nous ont été adressées en général très tard, venant de loin (souvent plus de 100 km. à la ronde), après avoir attendu des heures nombreuses un moyen de locomotion.

- d'autre part, dans l'Hôpital, jusqu'en 1953, il n'y avait pas encore de banque de sang organisée, et les moyens de réanimation n'étaient pas faciles.

Depuis, au cours des dernières années, l'augmentation du réseau de Centres de Protection Maternelle, l'augmentation du nombre de sages-femmes tunisiennes (après la création d'une Ecole Nationale de Sages-Femmes à l'Hôpital Charles Nicolle), l'amélioration de notre installation à la Maternité et la création de la Banque de Sang ont permis de voir les femmes plus tôt et de pouvoir les traiter plus rationnellement.

Il s'ensuit l'amélioration constante du pronostic de l'hémorragie rétro-placentaire qu'illustre parfaitement le tableau suivant :

Année	Nombre de cas	Nombre de décès	% de mortalité
1952 - 54	16	4	25 %
1955	11	2	18,2 %
1956	12	3	25 %
1957	11	4	36,3 %
1958	11	0	0
1959	9	1	11 %

TRAITEMENT

Ce que nous venons de dire à propos du pronostic de nos cas d'hémorragie rétro-placentaire résume en partie l'attitude thérapeutique prise dans cette série d'observations, attitude éclectique et sans esprit de système.

Nous ne rappellerons pas ici le différend déjà ancien qui divisait les accoucheurs et interventionistes et conservateurs à propos de l'hémorragie rétro-placentaire. Ils se sont plus ou moins affrontés il y a plus de vingt ans, au Congrès de la Fédération des Obstétriciens de Langue Française.., de 1937.

- Les uns, avec De Snoo préconisant un traitement conservateur, basé essentiellement sur la "détoxication" et ce qu'on appelle maintenant la réanimation, se contentant, pour tout acte obstétrical, de rompre les membranes et de "faciliter" médicalement l'accouchement par les voies naturelles.

- Les autres, avec l'Ecole de Paris, celle de Couvelaire, en particulier, après avoir un temps soutenu la nécessité d'enlever en bloc l'utérus et son contenu dans les formes apoplectiques, puis ayant reconnu la gravité d'une telle intervention, étaient d'avis d'intervenir au moins par césarienne chaque fois que l'on soupçonne cliniquement une apoplexie utéro-placentaire.

Depuis, les opinions tranchées se sont tempérées, les conservateurs intervenant plus volontiers, et les autres admettant dans bien des cas qu'il y a intérêt d'attendre.

En vérité, dès 1937, il apparaissait à la lecture des différentes communications, qu'une interprêtation critique des statistiques rapportées par les uns et les autres permettait de rapprocher les points de vue :

La gravité apparente des interventions chirurgicales au cours de l'hémorragie rétro-placentaire tenait moins à l'intervention elle-même qu'à la gravité réelle des lésions anatomiques et des troubles biologiques présentés par les malades. En dernière analyse, si les formes où l'accouchement se produit naturellement sont moins souvent mortelles, c'est qu'il s'agit de formes moins graves où les lésions utérines et les troubles biologiques n'ont pas atteint le stade de leur irréversibilité.

C'est pourquoi, adoptant la conduite de la majorité des auteurs, nous avons été conservateur autant que l'état de la femme le permettait, et interventioniste chaque fois que nous avons craint, en temporisant trop longtemps, de ne plus être en mesure d'intervenir efficacement.

Le traitement a donc été :

- <u>général</u>, chaque fois que l'état de la femme l'exigeait : Transfusion, réhydratation, sédatifs, traitement "antitoxique", tel que le sulfate de magnésie intraveineux ;
- <u>local</u>, chaque fois que cela fut nécessaire.

- <u>accouchement par les voies naturelles</u>, accéléré par le <u>forceps</u> quand la dilatation était complète ;
- <u>rupture des membranes</u>, quand la dilatation n'était pas assez avancée
- <u>césarienne</u> : <u>d'emblée</u> dans les formes déjà très graves à l'admission de la femme,
  <u>ou secondaire</u> quand, après une rupture des membranes, l'évolution ne se faisait pas dans le sens de l'accélération

de l'accouchement et de l'amélioration de l'état de la femme.

Au cours de cette césarienne, nous avons été aussi conservateur que possible, même quand il y avait des lésions apoplectiques de l'utérus. (Obs. 1 - 17 - 18 - 19 - 27 - 28 - 29 - 31 - 33 - 34 - 39 - 41 - 42 - 46 - 50 - 54 - 55 - 62 - 66 - 67 - 70).

Parfois, cependant, l'infarcissement était tel que nous avons été conduits à l'hystérectomie d'emblée. (Obs. 16 - 37).

Dans d'autres cas enfin, après un accouchement naturel ou une césarienne, la femme saignait encore (avec ou sans afibrinogénémie) et nous nous sommes résignés à une hystérectomie secondaire. (Obs. 1 - 27 - 25 - 45 - 47).

Voici résumés dans le tableau ci-dessous les chiffres relatifs aux différents types d'intervention et les résultats déjà analysés dans le chapitre précédent :

Mode d'accouchement	Nombre	Pourcentage.	Nombre décès	Pourcentage de la mortalité globale
Accouchement par les voies naturelles	46	65,7 %	4	28,6 %
Césariennes	21	30 %	5	35,7 %
Hystérectomie d'emblée	2	2,8 %	2	14,2 %
Hystérectomie second.	5	7,14 %	3	21,4 %

CONCLUSIONS

Nous avons rapporté dans ce travail une série de 70 observations d'hémorragie Rétro-Placentaires recueillies pour la plupart à l'Hôpital Charles Nicolle (Service du Docteur Valensi).

A propos de ces observations, nous avons pu faire les remarques suivantes, concernant :

- leur Etiologie
- leur aspect clinique
- leur Pronostic et leur Traitement

1°) Au point de vue Etiologie, il ressort avec évidence l'influence de:

- l'âge
- la parité
- les conditions sociales

l'hémorragie rétro-placentaire étant surtout le fait :

- des grandes multipares
  âgées
  en état de misère physiologique

2°) Le rôle de la "dysgravidie tardive" n'intervenant que pour la moitié des cas environ.

3°) Au point de vue anatomo-clinique nous avons pu ranger nos observations :

- <u>en formes mineures</u>, cliniquement silencieuses.

  <u>ou paucisymptomatiques</u> où les lésions semblent toujours localisées à la zône inter-utéro-placentaire, avec caillot peu abondant.

- <u>et formes graves</u>, où

  . l'importance de l'hémorragie
  . l'atteinte de l'utérus et du péritoine pelvien
  . l'apparition d'une afibrinogénémie contribuent à la constitution d'un tableau clinique alarmant.

La coexistence ou non de signes de "dysgravidie" ne semble pas intervenir dans la gravité du tableau clinique.

4°) Au point de vue pronostic et traitement, nous avons mis en relief: la gravité du pronostic dans les formes graves ci-dessus mentionnées et en particulier l'influence aggravante :

- des hémorragies importantes
- de l'apoplexie utérine
- des afibrinogénémies
- et surtout de la rapidité et du mode de traitement.

5°) A ce propos, il apparaît que le pronostic est généralement bon toutes les fois que l'accouchement a pu se terminer par les voies naturelles;

Le pronostic apparaît plus grave chaque fois que l'on a eu recours à des interventions par voie haute.

6°) Cette différenciation tient, semble-t-il moins au mode de traitement lui-même que :

a) à l'importance des lésions anatomiques et des troubles biologiques

b) à la précocité de l'intervention.

7°) L'étude des variations du Pronostic selon les années, a montré en particulier que celui-ci s'est considérablement amélioré avec le progrès de l'organisation de la Protection Maternelle et de l'organisation obstétricale, puisque le taux de mortalité maternelle a été réduit de :

25 % en 1952-54
à 0 % en 1958.

- OBSERVATIONS -

OBSERVATION N° 1 : Madame Z... 1952

Agée de 40 ans, huitième pare . Grossesse actuelle à terme .

La femme est prise brusquement, alors qu'elle vaquait à ses occupations, d'une hémorragie utérine importante . Elle est transportée en clinique une heure après environ .

A l'Examen : syndrome de choc intense : tension artérielle 10/6
pouls 120
pâleur terreuse .
Albuminurie modérée, oedèmes des membres inférieurs .

Examen obstétrical : utérus de bois,
col long, dilatable à deux francs .

On décide l'évacuation utérine immédiate, sous transfusion .

En cours de préparation pré-opératoire on voit apparaitre une ecchymose sous-cutanée peri-ombilicale .

Compte-Rendu opératoire -

Rachi-anesthésie . Incision médiane sous-ombilicale .

On découvre un péritoine bleu, et un peu de sang liquide dans la cavité péritonéale, et un infarcissement des deux ligaments larges et du péritoine de segement inférieur .

A l'incision, on trouve un utérus noirâtre en nombreux points de la tranche de section .

Extraction d'un foetus mort-né .

Extraction du placenta suivi d'un énorme caillot noir . On décide cependant de conserver l'utérus . Fermeture en trois plans .

Pendant le pansement la plaie saigne abondamment et la femme saigne de nouveau par la vulve .

Le sang prélevé à la vulve est incoagulable .

Toujours sous transfusion on décide d'ouvrir de nouveau et de pratiquer une hysterectomie .

La femme meurt en cours d'intervention .

OBSERVATION N° 2 : Madame Z... 1952

Primipare, elle se présente en Mars 1952 à la consultation, pour un examen de début de grossesse . La femme a été traitée pour une néphrite hypertensive avant le mariage .

La tension artérielle s'est maintenue entre 15/12 et 16/11, et la femme fait une fausse couche au troisième mois de sa grossesse . L'hypertension et l'albuminurie se maintiennent (T.A. 20/11 et 1,50 g d'albumine dans les urines) ; accompagnées de troubles oculaires intermittants jusqu'au début d'une nouvelle grossesse en Juin 1953 .

La femme fait une deuxième fausse couche en Août 1953 . La tension artérielle est à ce moment à 17/11 .

La tension artérielle élevée, l'albuminurie et les troubles oculaires persistent et ne sont améliorées que lentement par un régime très sévère et un traitement au Sarpagan .

Une nouvelle grossesse est constatée en Juin 1955 . Régime et Sarpagan durant toute la grossesse maintiennent la tension à 15/10 .

Accouchement prématuré au huitième mois de grossesse, d'un enfant mort-né .

On constate une grosse hémorragie retro-placentaire, découverte au moment de la délivrance ; le placenta est suivi d'un gros caillot pesant plus de 500grs .

Les suites de couches sont normales .

La femme a fait par la suite 2 autres grossesses dont une à terme avec un enfant vivant et une autre avec un accouchement prématuré et un enfant mort-né .

OBSERVATION N° 3 : Oum el ... 1953

Agée de 35 ans . Sixième pare . 5 accouchements normaux, 5 enfants vivants .

Dirigée d'urgence par un médecin de Korba (100 km de Tunis), pour hémorragie retro-placentaire . (Tension artérielle prise à 17h : 8,5/5) .

Entre dans le service le 30 Mai 1953 à 19h 25 en état de choc . Tension artérielle : 7/?, pouls 120 . Présence d'albumine dans les urines .

On constate à l'examen : utérus contracturé, ligneux, dont la palpation arrache un cri de douleur à la malade .

La hauteur utérine est de 41 cm . On note une ascension de la limite supérieure du segment inférieur . Pas de bruits du coeur foetal perceptibles .

Au toucher : col épais, non effacé, dilaté à 5 F .
Présentation céphalique au détroit supérieur en occipito-iliaque gauche transverse . Poche des eaux intacte, encombrée par une procidence du cordon qui ne bat plus .

On pose le diagnostic d'hémorragie retro-placentaire et on rompt la poche des eaux, puis on institue le traitement médical habituel . (Transfusion de sang conservé-morphine sous-cutanée, sérum glucosé intraveineux . Diparcol et phénergan intra-musculaire) .

Sous l'effet de ce dernier, l'état général s'améliore légèrement et à 20 heures la tension artérielle est de 10/5 . La dilatation progresse un peu .

3 heures après, chute brutale de la tension artérielle . La dilatation restant stationnaire ainsi que le degré d'engagement, on décide d'intervenir, les bruits du coeur foetal n'étant pas perçus depuis l'entrée de la femme .

Sous anesthésie légère à l'éther-oxygène et perfusion de Dextran, on pratique, la dilatation étant évoluée à 5 F, une incision du col antérieure et postérieure, puis une cranioclasie, qui extrait un enfant mort-né de 3.600 grs .

Délivrance artificielle : Placenta avec cupules et signes d'infarcissement .

Révision utérine qui révèle une rupture antérieure droite de l'utérus .

31 Mai, 2h 15 -

La malade est dirigée d'urgence en salle d'opération dans le but de pratiquer une hystérectomie, mais la malade succombe avant l'intervention .

Le diagnostic d'apoplexie utérine probable n'a pu, malheureusement, être vérifiée par l'examen anatomique, les autorisations nécessaires en vue de pratiquer l'autopsie n'ayant pas été obtenues .

OBSERVATION N° 4 : Le Saïda bent ...

Agée de 23 ans, quatrième pare, 3 accouchements normaux .

Entre à 23 heures pour hémorragie au septième mois de la grossesse, hémorragie modérée de sang rouge .

Examen général : Tension artérielle 12/7, pouls 85 .
Il n'est pas pratiqué de recherche d'albumine à son entrée, pas d'oedèmes .

Examen obstétrical : hauteur utérine 27 cm
utérus très tonique, contracturé en permanence
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus .

Au toucher : Col long dur, perméable .
Présentation céphalique .
Bassin normal .

Devant ces signes et dans l'intention d'évacuer rapidement l'utérus, une incision du col est pratiquée sous anesthésie très superficielle à l'éther oxygène, permettant d'extraire rapidement un foetus mort de 1500 grs .

Transfusion per-opératoire de 500 cc de sang, et après la délivrance perfusion de deux flacons de subtosan .

La délivrance se fait spontanément, la face utérine du placenta paraissant déprimée par une cupule des plus typiques, à laquelle adhère un gros caillot . Ergotine par voie générale, post-hypophyse intra-murale, administration d'oxygène .

Quatre heures après l'accouchement la malade va bien, elle ne saigne pas, l'utérus est bien rétracté .

A 6 h 15, un peu moins de 7 heures après l'accouchement un nouveau palper de contrôle du globe utérin détermine l'expulsion d'un flot de sang liquide et l'apparition brutale d'un état de choc avec sueurs froides, dyspnée, pouls incomptable, effondrement de la tension artérielle et exitus de la malade avant toute possibilité d'intervention .

Il est à noter que cette malade avait été suivie à notre consultation prénatale, où l'on avait constaté, quatre jours avant son hospitalisation, l'existence d'une légère albuminurie et d'une hypertension (15,5/13) et prescrit de ce fait un régime sans sel .

OBSERVATION N° 5 : Madame Hebda bent ...

Agée de 30 ans, troisième pare, 2 accouchements normaux .

Entre dans le service le 11 Octobre 1953, pour quelques petites pertes de sang . Elle est hospitalisée, mais sort le lendemain, l'examen ayant relevé absolument aucun signe anormal et les pertes de sang ayant cessé .

Elle revient 20 jours plus tard, le 1er Novembre 1953 à 21 h 12 en début de travail .

Examen obstétrical : grossesse à terme ; hauteur utérine 32 cm .
tension artérielle 12/8
pas d'albumine dans les urines
les bruits de coeur foetal sont bien frappés .

Au toucher : poche des eaux intacte. Absolument aucun signe anormal.

Elle est admise et reste dans le service sans progrès dans son travail jusqu'au 3. 11, soit jusqu'au surlendemain .

Ce jour-là elle appelle la sage-femme à 15 h, et l'examen pratiqué alors trouve une dilatation de 5 F et une poche des eaux rompue depuis quelques instants . La parturiente a quelques frissons, se plaint d'avoir froid, demande une couverture . Les contractions sont régulières et efficaces, et la dilatation étant parvenue à grandepaume à 15 h 25, on injecte le mélange habituel d'hypophyse-spasmalgine .

Accouchement normal après deux ou trois efforts expulsifs, à 15 h 35, d'un enfant né étonné, criant après dix minutes de réanimation .

A 16 heures, délivrance normale . La femme saignant un peu, on lui administre une ampoule d'ergotine et 10.U d'extrait post-hypophysaire, par voie générale .

A 16 h 20, survenue brutale de phénomènes de choc avec refroidissement des extrémités, agitation, pouls incomptable, T.A effondrée . Devant la persistance d'une légère hémorragie, révision utérine ramenant un débris de membrane . Mise en place d'une perfusion de dextran, avec 10.U. de post-hypophyse et d'analeptiques dans le bocal de perfusion .

A 17 h 20 le pouls se rétablit, la tension artérielle est à 6 .

A 18 h, aggravation nouvelle, tension artérielle à 4 . Malgré le traitement d'urgence, la femme meurt dans le collapsus à 18 h 55 .

L'examen, possible cette fois là, met en évidence une hémorragie interstitielle importante du segment inférieur, confirmée par l'examen histologique, et permet de porter le diagnostic rétrospectif d'apoplexie utéro-placentaire, localisée au segment inférieur, au lieu de celui de choc obstétrical, qui paraissait la seule explication valable .

OBSERVATION N° 6 : Madame B... 1955

Agée de 32 ans, primipare .

A l'admission dans le service : tension artérielle 16,5/9
albumine 2g .

Examen obstétrical : utérus contracturé,
bruits du coeur foetal non perçus
pas d'hémorragie .

Au toucher : col long fermé
segment inférieur tendu
présentation céphalique .

Traitement à la morphine et spasmalgine . Accouchement spontané, trois heures après admission, d'un foetus mort-né de 1420 g . Gros hématome retro-placentaire à l'examen du délivre .

Suites normales .

OBSERVATION N° 7 : Madame S...

Forme albuminurique .

Grossesse gémellaire chez une sixième pare .

A l'admission : effondrement de la tension, pâleur, pouls à 100 .
Cinq grammes d'albumine dans les urines .

La femme se plaint de vertiges, de bourdonnements d'oreilles . L'utérus est distendu par une quantité importante de liquide mais semble se contracter normalement .

Au toucher : col long fermé .

Rupture artificielle de la poche des eaux et traitement médical d'attente . Dès lors les signes généraux s'améliorent :

- la tension artérielle est à 11,8
- pouls à 90

La femme se sent mieux .

Expulsion spontanée, 23 heures après l'admission, d'un premier foetus mort-né, extraction par forceps à la vulve du deuxième également mort-né . La femme expulse à ce moment là une grande quantité de liquide sanglant, puis le placenta portant des signes nets d'infarcissements, et enfin des caillots noirs en voie d'organisation (500 - 800 g) .

Après l'accouchement, la tension artérielle remonte à 15/9 . La femme est pâle, déshydratée . Le lendemain, les examens pratiqués montrent une anémie de 2.350.000 G.R. avec leucocytose à 20.000 . Suites simples . Lorsque la femme sort du service huit jours plus tard sa tension artérielle est à 11/7 et l'albuminurie a disparu .

OBSERVATION N° 8 :

Grossesse de huit mois .
Entre pour une petite hémorragie de sang rouge .
Présence d'albumine (non dosé) dans les urines .

Bruits du coeur foetal non perçus .

Aucun signe anormal ailleurs .

Accouchement spontané d'un enfant mort-né de 1800 g .

Hématome retro-placentaire découvert à l'examen du délivre .

OBSERVATION N° 9 :

Hémorragie importante au septième mois de la grossesse , avec signes d'anémie aigüe .

Seul signe à part l'hémorragie : l'existence d'un hydramnios .

Rupture artificielle de la poche des eaux .

Transfusion .

Traitement médical .

Accouchement d'un enfant mort-né de 1920 g . Hématome retro-placentaire découvert à l'examen du délivre, avec gros caillot de sang organisé pesant environ 500 g .

Existence d'un placenta associé, avec un petit bord des membranes inférieur à 6 cm .

OBSERVATION 10 - 13

Dans trois autres observations aucun signe clinique quel qu'il fut . Diagnostic porté sur l'examen du placenta . Accouchement d'enfant mort-né macéré dans les trois cas .

A ces observations nous joignons un cas de décollement prématuré du placenta par traumatisme abdominal (coup de pied), avec hypertrophie utérine, hémorragie retro-placentaire et mort du foetus in utero au huitième mois de la grossesse .

OBSERVATION N° 15 . 1955

Agée de 18 ans, primipare à terme .

Examen général : tension artérielle 11,5/5
pas d'albumine dans les urines .

La femme saigne un peu au cours du travail .

Accouchement d'un nouveau-né macéré de 2300 g ; délivrance d'un placenta infarci de caillots .

OBSERVATION N° 16 : Madame Nagia bent... 1955

Agée de 30 ans, onzième pare, douzième geste, 3 enfants vivants, 7 enfants décédés ; 1 fausse couche d'un mois, curetée .

Entre le 15 Mars 1955 à 13 h pour hémorragie survenue depuis le matin chez cette femme à terme .

Examen général : tension artérielle 9/6, ni albumine, ni sucre .

Examen obstétrical : hauteur utérine 32 cm, présentation longitudinale,
abdomen souple, les bruits du coeur ne sont pas perçus .

Au toucher : col épais, dilatable au doigt
sommet non engagé .

Dès son arrivée, on rompt la poche des eaux et l'hémorragie s'arrête . Par la suite, après subtosan, la tension remonte à 10/6 .

Mais à 17 h (donc 5h après), brusquement l'hémorragie reprend, abondante, occasionnant un état de choc . Le pouls est à 120 . Tension artérielle à 8 . C'est alors que prélevant un tube témoin pour recherche du groupe sanguin, on s'aperçoit que le sang ne coagule absolument pas . Un prélèvement fait à la vulve donne le même résultat .

L'utérus reste atone et devant l'état général (tension artérielle 8/5, pouls imprenable), on décide une intervention par césarienne pensant à un placenta praevia .

A l'ouverture le péritoine est bleuâtre et il existe dans toute la région pelvienne une suffusion hémorragique .

Extraction d'un enfant mort-né et d'un placenta (800 g), présentant sur sa face utérine une ample cupule avec un énorme caillot organisé . Il s'agissait donc d'un hématome retro-placentaire . On pratique alors une hystérectomie subtotale suivie de plusieurs injections de dextran et de 400 g de sang . Cette femme étant malheureusement du groupe AB / RH négatif, on ne put obtenir plus de 400 g de sang et elle meurt le lendemain, 12 h après son intervention .

Les tubes de sang prélevés avant et après l'intervention tant au bras qu'à la vulve, n'ont jamais coagulé .

Réponse du laboratoire : afibinogénémie totale .

OBSERVATION N° 17 : Madame Ouassila bent ... 1955

Agée de 26 ans, huitième pare, accouchements normaux, 2 enfants vivants, 5 enfants décédés, 4 avortements .

Entre dans le service le 22 Avril 1955 à 8 h 15 pour une hémorragie utérine de moyenne abondance, accompagnée de petites hématémèses de sang noir .

Examen d'entrée : la femme est d'une pâleur cireuse .
tension artérielle : 13/5
pouls 128
présence d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : grossesse à terme, hauteur utérine 34 cm ;
les bruits du coeur sont bien perçus,
présentation longitudinale .

Au toucher : présentation céphalique non engagée
col long, très perméable au doigt, on ne sent pas de cotyledons
bassin normal .

L'utérus est souple entre les contractions utérines qui sont assez rapprochées . A 8 h, devant cette hémorragie on rompt la poche des eaux, issue d'un liquide sanglant . On injecte de l'adrénoxyl et la vitamine K . A 9 heures, même état général et local, mais les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus . De plus l'utérus étant contracté en permanence, on pose le diagnostic d'hémorragie retro-placentaire, et la dilatation n'ayant pas progressé, on décide d'intervenir .

Compte rendu opératoire

A 9 H 30, césarienne segmentaire longitudinale, sous rachi-anesthésie . Extraction d'un enfant mort-né, de 2 Kg 130 . Le placenta est largement décollé, et on trouve dans le fond utérin près d'un kilogramme de caillots noirs . La femme est exsanguc, le pouls filant, la tension artérielle imprenable . On installe deux flacons de sang O Rh+ . On assiste d'autre part, à une crise ecclamptiforme des muscles faciaux, après l'évacuation utérine .

A 10 h 30, après l'intervention, la femme saigne très peu par la vulve, mais de façon continue, quoique l'utérus soit bien rétracté . On pense à une afibriongénémie secondaire . En effet, le sang coagule ni à la vulve ni au pli du coude . On injecte en intramusculaire 200 mg de cortisone et dans la veine un troisième flacon de sang . La malade a de nouveau un pouls perceptible et une tension artérielle à 7 de maxima . Cinq minutes après l'injection de cortisone le sang coagule de nouveau au bras .

A 12 h, l'hémorragie a cessé . Tension artérielle 7,5/5, pouls 104 .

L'état de la malade s'améliore rapidement, et elle sort 8 jours après, en bon état .

OBSERVATION N° 18 : Madame Jalila bent... 1955

Agée de 25 ans, cinquième pare, 4 grossesses et 4 accouchements normaux, 4 enfants vivants .

Entre dans le service le 2 Septembre 1955 à 12 h 30, pour un début de travail . Les douleurs ont commencé dans la matinée, accompagnées d'hémoptysies .

Examen général : tension artérielle 12/6, pouls 120
coeur et poumons normaux
pas d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : grossesse paraissant à terme, hauteur utérine 35cm
utérus en contracture permanente
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus.

Au toucher : col épais entr'ouvert, présentation céphalique mobile .

On porte le diagnostic d'hémorragie retro-placentaire .

On rompt la poche des eaux et on injecte une ampoule de spasmalgine . Au bout d'une heure, l'état ne s'améliorant pas, on pratique une césarienne sous rachi-anesthésie .

Compte-rendu opératoire

A l'ouverture du péritoine, on découvre un utérus infiltré, bleu foncé . Hématome rétro-placentaire volumineux sous le fond utérin . On extrait un enfant mort-né de 2850 g . Extraction du placenta (600g) .

L'utérus se contracte cependant sous l'effet de l'injection locale d'hypophyse, on décide sa conservation .

Dans les heures qui suivent la femme saigne par la vulve : écoulement incessant, malgré la transfusion et hémostatiques habituels, l'écoulement persiste . Le pouls s'accélère de plus en plus . On s'aperçoit alors que le sang ne coagule plus . On injecte dans le muscle 100 mg de cortisone, au bout d'une heure l'hémorragie cesse .

L'état général s'améliore très lentement . Si le fibrinogène est

normal le cinquième jour, l'anémie reste importante (1.900.000 G.R.) .

La femme sort cependant guérie le 12e jour .

A noter que l'hémoptysie avait cessé dès la fin de l'intervention .

OBSERVATION N° 19 : Madame Habiba bent ... 1955

Agée de 25 ans . Quatrième pare . 3 accouchements normaux . 2 enfants vivants, 1 enfant décédé .

Entre le 28 Août 1955 à 23 h dans un état de choc léger ; vertiges, pâleur, sueurs froides, soif intense .

Examen général : tension artérielle 11/7, pouls 120 .
albuminurie massive .

Examen obstétrical : hauteur utérine 35 cm . Utérus de bois .
on ne perçoit pas les bruits du coeur foetal .

Au toucher : col épais, perméable au doigt,
tête haute mobile, poche des eaux intacte .

La femme commence brusquement à saigner (sang rouge vif) un quart d'heure après son admission . On rompt les membranes . La femme continue à saigner . L'utérus présente quelques contractions sur un fond de contracture permanente .

On injecte une ampoule de spasmalgine ; on constate au toucher une insertion basse du placenta . La dilatation n'a pas progressé .

Tension artérielle 9/5, pouls 120 . On décide de pratiquer une césarienne sous anesthésie à l'éther-oxygène .

Compte rendu opératoire

Incision médiane sous-ombilicale . On constate que le péritoine pariétal est violacé et infiltré de suffusions hémorragiques . A son ouverture, on trouve un utérus presque totalement infiltré, avec prédominance de l'infarcissement à droite et sur la face postérieure .

Extraction d'un enfant mort-né . Extraction du placenta et de nombreux caillots . L'utérus évacué ne se contracte pas après injection intramuros d'extrait de post-hypophyse .

La femme meurt 40 minutes après son admission, au cours de l'intervention, sans qu'on n'ait pu installer une transfusion, faute de personnel infirmier .

OBSERVATION N° 20 : Madame Zakia bent ... 1955

Agée de 23 ans . Septième geste ; cinquième pare, un accouchement au forceps, 3 accouchements normaux .

Entre le 4 Septembre 1955 à 18 h pour métrorragies .

A l'examen général : la femme est atteinte d'un rétrécissement mitral
tension artérielle 10/3, pouls 96
présence d'albumine dans les urines
oedème sous et sus malléolaire .

Examen obstétrical : hauteur utérine 34 cm
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col long perméable au doigt
présentation céphalique haute
placenta marginal
poche des eaux intacte, bassin normal .

A 1 h le col est effacé, on rompt la poche des eaux . L'hémorragie s'arrête après rupture de la poche des eaux .

A 16 h dilatation complète . La femme accouche normalement après quelques efforts expulsifs d'un enfant mort-né de 3400 g .

Délivrance spontanée, suivie de l'expulsion d'un important caillot retro-placentaire . Toutefois, on ne note pas de cupule sur le placenta .

La femme continue à saigner après la délivrance ; une heure après son accouchement s'installe un tableau de choc : pâleur, refroidissement des membres, tension artérielle 7/5, pouls imprenable .

On fait une perfusion de dextran, injecte des tonicardiaques et des extraits cortico-surrénaux et l'on met la malade sous tente d'oxygène .

Révision utérine sous anesthésie générale .

Le sang prélevé à la vulve à ce moment coagule en 20 minutes . L'hémorragie s'arrête .

A 6 h, la tension artérielle est à 9/6, pouls 120 .

La femme sort guérie le sixième jour après son admission .

OBSERVATION N° 21 : Hafida bent ... 1955

Agée de 28 ans, primipare . Grossesse actuelle à terme .

Entre le 15 · III · 55 dans le service .

Examen général : tension artérielle 11,5/6, pouls 80
pas d'albumine dans les urines .

La femme accouche normalement d'un enfant mort-né non macéré, elle a légèrement saigné pendant la dilatation .

Après la délivrance (poids du placenta 500 g), expulsion de nombreux caillots, le placenta est infiltré de caillots intracotyledonnaires . Suites de couches normales .

OBSERVATION N° 22 : Madame Hennia bent ... 1955

Agée de 40 ans, huitième pare . Quatre enfants vivants, 3 décédés .

Adressée le 13. V. 1955 par un médecin de banlieue pour grossesse de huit mois avec douleurs abdominales aigües et métrorragie .

Examen général : tension artérielle 10,5/6, pouls 80
pas d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 34 cm
utérus en contracture
bruits du coeur foetal non perçus .

Au toucher : présentation céphalique mobile
poche des eaux intacte, col long perméable
le doigtier ramène un peu de sang .

La dilatation commence et progresse normalement et à 9 h 30, accouchement normal d'un enfant mort-né macéré de 2 Kg 960, suivi d'expulsion d'un gros caillot de 300 g environ . Délivrance naturelle, pas de cupule nettement visible .

Après la délivrance la femme saigne abondamment, son pouls s'accélère (110) et après révision utérine, transfusion, et posthypophyse tout rentre dans l'ordre .

Suites de couches normales .

OBSERVATION N° 23 : Madame Mbarka bent ... 1955

Agée de 26 ans, cinquième pare . Grossesse de huit mois environ . Un enfant vivant, trois enfants décédés en bas âge .

Entre dans le service le 5. VI. 1955 à 0 h 30 en début de travail . La femme n'a pas senti remuer l'enfant depuis quelques jours .

Examen général : tension artérielle 12/6, traces d'albumine
pas d'oedème .

Examen obstétrical : hauteur utérine 32 cm
présentation céphalique mobile
bruits du coeur foetal non perçus .

Au toucher : col en voie de dilatation, membranes intactes
le doigtier ramène du sang .

A 10 h du matin, dilatation comme 2 F, mais col encore épais .

L'utérus en contracture permanente, qui persiste malgré une injection

de spasmalgine . La femme est en bon état et on laisse le travail évoluer et à 16 h 45 elle accouche normalement . Expulsion en occipito-sacré d'un foetus macéré de 2 Kg 030 .

Délivrance naturelle de 450 g, mais après elle expulsion de nombreux caillots . Une cupule nette déformait la partie centrale du placenta . Suites de couches normales .

OBSERVATION N° 24 : Madame Chedlia bent ... 1955

Agée de 24 ans, huitième geste, troisième pare . Deux enfants vivants . 5 fausses couches spontanées pendant les trois premiers mois dont trois curetées .

Entre dans les service le 6. XII. 1955 à 15 h 30 pour des pertes de sang ayant débuté une heure avant . Grossesse de huit mois environ .

Examen général : tension artérielle 21/13
traces d'albumine, pas d'oedèmes .

Examen obstétrical : hauteur utérine 30 cm
contractures utérines régulières avec bon relâchement dans l'intervalle,
bruits du coeur non perçus .

Au toucher : présentation céphalique haute
poche des eaux intacte, dilatation à 1 f .
Le doigtier ramène quelques caillots .

On rompt la poche des eaux et la femme ne saigne plus . La dilatation progresse rapidement et l'accouchement se produit à 1[illegible] heures : enfant mort-né de 2 Kg 080 .

La délivrance suit immédiatement, suivie de l'évacuation de nombreux caillots noirs .

Large cupule au centre du placenta (dont le petit côté mesure 6cm) .

Une révision utérine permet d'affirmer la vacuité utérine .
Suites de couches normales .

OBSERVATION N° 25. : Madame Fatma bent ... 1956

Agée de 35 ans . Huitième geste, septième pare . 6 accouchements normaux . 2 enfants décédés en bas âge (jumeaux ; 4 enfants vivants.

Entre le 4 Février 1956 à 6 h pour douleurs abdominales . Femme pâle, agitée .

Examen général : tension artérielle 10/6, pouls 96

Examen obstétrical : hauteur utérine 37 cm
utérus en contracture
on ne perçoit pas les bruits du coeur foetal

Au toucher : col dilaté à 2 f . Présentation céphalique haute, mobile .
poche des eaux intacte .
pas de sang à la vulve
on sent le bord d'un placenta marginal .

On rompt la poche des eaux dès l'admission de la femme . Issue d'un liquide clair . Tension artérielle 7/?, pouls 100 à 8 h. La dilatation n'a pas progressé . On ne trouve pas de sang au doigtier à ce moment .

La femme est agitée et à 9 h on injecte 0,20 de gardenal .

A 9 h 40 injection d'un ampoule de spasmalgine et de 5 unités de post-hypophyse . Dilatation à grande paume à 9 h 50 . On sent nettement le rebord placentaire au toucher ; on constate une petite hémorragie de sang rouge vif non coagulé . L'utérus reste en contracture .

Tension artérielle 9,5/4, pouls 92 .

Transfusion de 500 cc de sang conservé .

A 10 h 15 expulsion spontanée d'un enfant mort-né de 3800 g . Délivrance artificielle sous anesthésie générale . On constate que le placenta est presque entièrement décollé et entouré de caillots . Evacuation de 1 l. 500 cc de sang coagulé . On ne trouve pas de dépression sur la face maternelle du placenta .

Révision utérine démontrant la vacuité et l'intégrité de l'utérus . Cependant un mince filet de sang rouge continue de s'écouler par la vulve . Injection de 2 ampoules d'ergotine et de 200 mg de cortisone .

Le dosage de la fibrine dans le sang prélevé à la veine avant l'injection de cortisone montre une fibrinémie de 0 g 80 . Transfusion de 500 cc de sang conservé, suivie d'une perfusion de 1 flacon de subtosan .

La tension artérielle est imprenable . Pouls fémoral à 120 . La femme est en état de choc . Tamponnement utérin et installation d'un troisième flacon de sang .

Devant l'incoercibilité de l'hémorragie on décide de pratiquer une hystérectomie .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture du péritoine on découvre de nombreuses suffusions au niveau des cornes et de la paroi postérieure de l'utérus .

La femme meurt en cours d'intervention . On pose le diagnostic d'apoplexie utéro-placentaire .

OBSERVATION N° 26 : Madame Aziza bent ... 1956

Agée de 36 ans . Huitième pare . 7 accouchements : 3 enfants vivants 4 enfants décédés .

Entre le 19 Février pour un début d'hémorragie .

Examen général : tension artérielle 15/9, pouls 104
albuminurie massive

Examen obstétrical : hauteur utérine 35 cm
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col long, perméable au doigt
présentation céphalique mobile
poche des eaux intacte
le doigtier ramène du sang noirâtre .

A petite paume, on rompt la poche des eaux . Issue de liquide méconial, mêlé de sang . Injection de 5 unités de post-hypophyse, et d'une ampoule de spasmalgine à 1 h .

A 11 h 30 dilatation complète .

Accouchement normal d'un enfant mort-né de 2850 g . Délivrance spontanée . On note sur le placenta 3 zones d'infarctus et une zone de dépression centrale .

L'extraction du placenta est suivie de l'expulsion de nombreux caillots, plus ou moins organisés . La femme ne saigne plus après son accouchement .

La femme sort guérie le quatrième jour après son admission .

OBSERVATION N° 27 : Madame Aïcha bent ... 1956

Agée de 30 ans, cinquième pare, sixième geste, 1 fausse couche de 3 mois . 3 enfants vivants .

Entre dans le service le 26 Aout à 23 h, parce qu'elle présente depuis plusieurs heures des gingivorragies et des petites hémoptysies . D'autre part, elle ne signale aucune sensation de tension abdominale .

Examen général : tension artérielle 14/6
traces d'albumine dans les urines
léger oedème des membres inférieurs .

Examen obstétrical : enceinte près du terme ; hauteur utérine 36 cm
pas de contractions utérines à l'entrée
on ne perçoit pas les bruits du coeur .

Au toucher : présentation céphalique mobile
col long fermé .

Le 27 Août à 8 h, l'état général, bon jusque là, s'altère rapidement dyspnée, douleurs abdominales intenses, grosses gingivorragies, quelques hémoptysies .

L'examen obstétrical montre une contracture utérine intense . Les bruits du coeur ne sont pas perçus . Le col est toujours fermé, mais le doigtier ramène du sang . On pose le diagnostic d'apoplexie utero-placentaire .

A 10 h, césarienne segmentaire longitudinale, sous rachi-anesthésie A l'ouverture on note de nombreuses ecchymoses surtout l'utérus, et le péritoine segmentaire . Extraction d'un enfant mort-né non macéré . Il existe de nombreux caillots derrière le placenta partiellement décollé .

On pratique une transfusion de sang et de dextran .

Dès l'évacuation de l'utérus, la gingivorragie et les hémoptysies diminuent puis disparaissent .

Paroi en trois plans .
Tension artérielle 12,5/8 .

A 14 heures, l'opérée saigne légèrement par la vulve mais surtout par la plaie opératoire . On refait deux fois le pansement . L'écoulement persiste, malgré la transfusion et les hémostatiques habituels .

A 17 h 30, on prélève du sang de la vulve . Au bout de 7 minutes, légère coagulation, mais le sang se redissout et ne coagule plus . Dosage du fibrinogene (parvenu le lendemain): 0,60 par litre . On injecte 250 mg de cortisone .

A 20 h 30, tension artérielle 9/6, la malade saigne encore et son état général s'altère . Le sang de la veine prélevé de nouveau est toujours incoagulable . On décide d'intervenir .

Hysterectomie sous anesthésie minima .

L'examen de l'utérus montre des ecchymoses, un infarcissement du segment inférieur sur toute la face postérieure .

La malade meurt à 22 heures .

OBSERVATION N° 28 : Madame Zohra bent ... 1956

Agée de 20 ans, primipare . 2 fausses couches .

Entre dans le service le 18 Novembre à 20 h, parce qu'elle avait présenté la veille (aux dires de son mari) des crises nerveuses .

Examen d'entrée : il s'agit d'une femme enceinte près du terme, obnubilée, quoique encore consciente . Elle répond mal aux questions .

Examen obstétrical : hauteur utérine 32 cm
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col long fermé
présentation céphalique mobile

Albuminurie : 2 g 50/l ; tension artérielle 13,5/8

On met la malade en observation durant la nuit après injection intramusculaire de phenergan . Elle ne présente aucune crise convulsive, mais s'assoupit progressivement .

Le lendemain à 9 h, le tableau est différent : d'une part, la malade est dans le coma ; tension artérielle 15/11, pouls 120 . Pas de modifications des reflexes . Odeur acétonique de l'haleine . Glycémie normale .

D'autre part, l'utérus est tétanisé, le col toujours long et fermé .

On pose le diagnostic d'hémorragie retro-placentaire au cours d'un syndrome toxique très grave .

On décide d'évacuer l'utérus par césarienne . Celle-ci pratiquée à 10 h 30 permet d'extraire un foetus macéré de 2 Kg 500 . Sur l'utérus, on note quelques suffusions hémorragiques au niveau du péritoine segmentaire . Sur le muscle lui-même pas d'hémorragie mais sa coloration est rouge vineuse . De même, on n'a pas noté de gros décollement du gateau placentaire, à la coupe des cotylédons on a observé des hémorragies très nettes, apparemment très récentes .

Il s'agissait sans doute d'une hémorragie retro-placentaire en voie de constitution . Se méfiant d'une afibrinogénémie possible à cause de 2 facteurs étiologiques (macéré, apoplexie utéro-placentaire probable), on

prélève du sang pour doser le fibrinogène .

La réponse est malheureusement parvenue très tard, le lendemain, quand la femme avait déjà présenté, à 16 h 45 des manifestations d'incoagulabilité sanguine :

- écoulement incessant de la plaie opératoire
- incoagulabilité du sang prélevé au pli du coude
- pouls à 140, tension artérielle à 15/11 .

On pense intervenir pour enlever l'utérus mais auparavant on tente le traitement par la cortisone (250 mg intramusculaires) . Un quart d'heure après l'écoulement par la plaie opératoire cesse complètement . On injecte de nouveau à 20h, 100 mg de cortisone et à ce moment un prélevement au pli du coude montre que le sang coagule dans des délais normaux . L'état de la femme ne s'améliore pas pour autant, elle est toujours comateuse . On institue alors le traitement suivant :

Injection intraveineuse alternée toutes les heures, de sulfate de magnésie à 30 % (20 cc), et de sérum glucosé à 30 % (40 cc) .

Le lendemain à 10h du matin, la malade sort du coma .

Le pouls est à 120, la tension artérielle à 13/9 .

La fibrinogénemie est à ce moment à 4 g 60 alors qu'elle était au moment de la césarienne à 2 g 20 .

Malheureusement, le surlendemain , apparition d'un syndrome hallucinatoire persistant malgré un traitement au largactil, et 4 jours après la femme meurt dans un état de psychose hallucinatoire grave avec hyperthermie à 40° .

OBSERVATION N° 29 : Madame B... 1956

Agée de 29 ans, primipare .

Elle se présente le 20 Février 1956 à la consultation au huitième mois de sa grossesse, jusque là normale, pour douleur brutale au fond utérin .

Examen général : tension artérielle 18/10, pouls 100
traces d'albumine, pas d'oedèmes .

Examen obstétrical : utérus de bois, très douloureux à la palpation, surtout au fond,
col en voie de dilatation,
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus .

On rompt la poche des eaux .

Deux heures après, même état général et local, le travail ne se déclenchant pas on décide d'évacuer l'utérus .

Compte rendu opératoire

Incision médiane sous ombilicale, sous rachi-anesthésie .

Le péritoine utérin est bleuté et l'utérus est nettement infarci . On pratique une césarienne segmentaire et extrait un foetus mort-né non macéré .

Evacuation de gros caillots noirâtres interutero-placentaires . On conserve néanmoins l'utérus .

Les suites de couches sont normales . La femme a accouché normalement 13 mois après .

OBSERVATION N° 30 : Fatma bent... 1956

Agée de 30 ans, sixième pare . 3 enfants vivants, 2 enfants décédés .

Entre le 28 Février 1956 à 7h pour un début de travail .

Examen général : tension artérielle 11,5/6, pouls 88 .

Examen obstétrical : hauteur utérine 30 cm
bruits du coeur foetal non perçus

Au toucher : col perméable au doigt
présentation céphalique fixe
poche des eaux intacte
le doigtier ramène du sang .

Rupture spontanée des membranes à 2 F . La dilatation progresse lentement . A 11 h 30 alors qu'elle est à petite paume, on injecte une ampoule de spasmalgine et 5 unités de posthypophyse . A ce moment se produit une hémorragie de faible abondance . On ne sent pas le placenta au toucher vaginal .

A 11 h 30, la femme accouche normalement d'un enfant mort-né de 1940 g . Délivrance spontanée, suivie de l'expulsion de nombreux caillots . On note quelques lésions d'infarcissement sur la face maternelle du placenta .

Tension artérielle 11/6 . Pouls 104 après l'accouchement .

On installe une perfusion de dextran .

Les suites de couches sont bonnes et la femme sort le troisième jour après son admission .

OBSERVATION N° 31 : Madame Herion Bent ... 1956

Agée de 25 ans . Septième pare . 6 accouchements normaux . 3 enfants vivants, 3 enfants décédés en bas âge .

Entre le 29 Avril à 11 h 30 pour hémorragie et douleur abdominale .

Examen général : tension artérielle 12,5/8 , pouls 120
albuminurie massive

Examen obstétrical : hauteur utérine 35 cm
utérus en contracture "de bois"
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus
On pense à un hématome retro-placentaire

Au toucher : col long, dur, dilaté à 2 F,
présentation céphalique haute mobile
poche des eaux intacte,
bassin généralement rétréci
promontoire accessible au doigt à 10 cm
le doigtier ramène du sang .

A 12h on rompt la poche des eaux . Issue d'un liquide uniformément teinté de sang . Installation d'une perfusion de dextran . Malgré cela, peu après la tension artérielle tombe à 9/5, le pouls est accéléré à 140 . On décide alors de pratiquer une césarienne sous anesthésie à l'éther-oxygène .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture, quelques suffusions hémorragiques sur le péritoine ; à l'ouverture du péritoine, l'utérus est oedèmatié, on note une zone d'infarcissement au niveau de la face antérieure du corps . Extraction d'un enfant mort-né de 3050 g . Extraction du placenta qui est largement décollé, suivie de l'évacuation de quelques caillots . On ne note pas de dépression sur le placenta . L'utérus extériorisé montre en plus de celle déjà décrite des zones d'infarcissement au niveau des implantations des trompes et des ligaments larges .

L'hémostase est extrêmement difficile . On injecte 5 unités de posthypophyse et l'utérus se contracte alors bien .

Fermeture en trois plans .

Pendant l'intervention, transfusion de 500 cc de sang et de 2 flacons de dextran . Tonicardiaques et hémostatiques . Pouls et tension sont imprenables à la fin de l'intervention . On installe une transfusion d'un deuxième flacon de 500 cc de sang conservé . Peu après cette deuxième transfusion le pouls est perceptible : 140 . Tension artérielle et pouls reviennent alors progressivement à la normale . La femme ne saigne plus .

Les suites de l'intervention sont bonnes et la femme sort le dixième jour après son admission .

OBSERVATION N° 32 : Mo Khira bent ... 1956

Agée de 30 ans . Cinquième pare, sixième geste . 4 accouchements normaux . 2 enfants vivants, 1 enfant décédé en bas âge, 1 enfant mort-né, 1 fausse couche sans curetage .

Entre le 5 Mai 1956 à 23h pour un début de travail .

Examen général : tension artérielle 12/6, pouls 84
pas d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 31 cm
contractions utérines très espacées
au palper on sent la tête du foetus dans la fosse iliaque gauche
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col dilaté à petite paume
poche des eaux intacte
dans l'excavation on sent un membre procident

Bassin : promontoire accessible au doigt
diamètre promonto-sous-pubien = 9 cm
épines iliaques saillantes
quelques caillots dans le vagin .

Entre deux contractions on tente prudemment une version par manoeuvres internes qui ne réussit pas . A 1h, dilatation complète ; rupture de la poche des eaux . On pratique alors sous anesthésie générale, après refoulement de membre procident une version par manoeuvres internes, suivie d'extraction d'un foetus mort-né de 2500 g .

Délivrance spontanée, extraction d'un placenta de 450 g . Il existe derrière le placenta de très gros caillots paraissant déjà anciens, qu'on évacue complètement à la main . Pas d'hémorragie secondaire .

Suites de couches normales . La femme sort guérie six jours après son admission .

OBSERVATION N° 53 : Me Khira bent ... 1956

Agée de 27 ans, huitième pare . Six enfants vivants, 1 enfant décédé .

Entre le 27 Juillet 1956 à 16 h 30 pour un début de travail .

Examen général : tension artérielle 11/7, pouls 92
absence d'albumine dans les urines

Examen obstétrical : hauteur utérine 34 cm
Hypertonie utérine
L'interrogatoire révèle une grossesse de 8 mois

Au toucher : col effacé, dilaté à 5 F
présentation céphalique haute
rupture des membranes au cours du toucher,
il s'écoule 3 litres environ d'un liquide clair

La hauteur utérine après rupture des membranes est de 25 cm .

Peu après la rupture, la tension artérielle descend à 9,5/5, pouls 112 . L'utérus est contracté et la femme ressent une douleur abdominale brutale . On pense alors à la possibilité d'un hématome retro-placentaire .

La dilatation ne progressant pas et la tête demeurant mobile au-dessus du détroit moyen, on préfère pratiquer une césarienne .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture, on trouve un utérus infarci . Extraction d'un enfant mort-né macéré de 1340 g, hydrocéphale .

Extraction du placenta suivie de l'évacuation de 1 l. de sang et de quelques caillots qui semblent récents . On trouve une dépression en cupule d'environ 3 cm de diamètre .

L'hémorragie semble arrêtée à la fin de l'intervention . Les suites de l'intervention sont bonnes et la femme sort le douzième jour après son intervention .

OBSERVATION N° 34 : Madame Sofia bent ... 1956

Agée de 35 ans, huitième pare à terme .

Entre dans le service pour des douleurs utérines et dans un état de choc intense . Tension artérielle imprenable, albuminurie massive .

Examen obstétrical : contracture permanente
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus .

Au toucher : col long

On décide de pratiquer une césarienne sous rachi-anesthésie et transfusion .

Compte rendu opératoire

Incision sous-ombilicale médiane . A l'ouverture on découvre un péritoine viscéral bleu et à l'ouverture du péritoine, un utérus farci de caillots . Extraction d'un foetus mort-né, non macéré . Extraction du placenta suivi de l'évacuation d'un énorme caillot inter-utero-placentaire . La femme meurt en cours d'intervention .

OBSERVATION N° 35 : Mle Aïcha bent ... 1956

Agée de 23 ans . Quatrième pare . 3 accouchements normaux : 2 enfants, 1 enfant décédé .

Entre le 25 Octobre à 23 h 40 pour un début de travail . La femme déclare avoir saigné quelques heures avant son admission .

Examen général : tension artérielle 12/8, pouls 104
pas d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 28 cm
âge de la grossesse, aux dires de la malade :
7 mois .
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus .

Au toucher : dilatation à petite paume
présentation céphalique
poche des eaux intacte
On ne trouve pas de sang à la vulve à l'examen d'entrée .

Rupture spontanée des membranes à 24 h 20, à dilatation complète .

Accouchement naturel d'un enfant mort-né de 1500 g. Délivrance spontanée . Expulsion de plusieurs caillots fraichement constitués après la délivrance . On ne note pas de dépression sur le placenta .

Les suites de couches sont bonnes et la femme sort le quatrième jour après son admission, sur sa demande .

OBSERVATION N° 36 : Me Zohra bent ... 1956

Agée de 30 ans . Neuvième pare, dixième geste . Une fausse couche sans curetage . 2 accouchements prématurés à 6 mois : un enfant mort-né, et un enfant décédé à l'âge de huit mois . 5 accouchements normaux : 5 enfants vivants .

Entre le 20 Décembre 1956 à 9 h pour hémorragie et douleurs abdominales au huitième mois de grossesse .

Examen général : tension artérielle 11,5/8, pouls 104
présence d'albumine dans les urines

Examen obstétrical : hauteur utérine 30 cm
utérus en contracture
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col perméable au doigt
présentation céphalique mobile
poche des eaux intacte .

A cause de l'hémorragie et de la contracture utérine on rompt la poche des eaux dès l'entrée de la malade . Issue d'un liquide clair . La

femme ne saigne plus après la rupture des membranes, mais l'utérus reste contracturé . On injecte à 12 h, alors que la dilatation est à 5 F, une ampoule de spasmalgine et une demie-heure après, à dilatation de petite paume une deuxième ampoule . A 13 h, dilatation complète .

Accouchement d'un enfant mort-né de 2320 g . Délivrance spontanée immédiatement après l'accouchement, suivie de nombreux caillots plus ou moins organisés . On note une dépression en cupule sur la face maternelle du placenta . Le diagnostic d'hématome retro-placentaire est confirmé .

Les suites de couches sont bonnes et la femme sort le sixième jour après son admission .

OBSERVATION N° 37 : Le Essia bent ... 1957

Agée de 35 ans . Huitième pare, sept accouchements normaux à terme . 3 enfants mort-nés, 4 enfants décédés en bas âge .

Entre le 24 Février à 1 h 15 pour douleurs abdominales et hémoptysie . Légère agitation . Grossesse de sept mois .

Examen général : tension artérielle 11/7, pouls 104
albuminurie massive .

Examen obstétrical : hauteur utérine 29 cm
contracture utérine
absence des bruits du coeur foetal .

Au toucher : col long fermé
présentation céphalique haute
poche des eaux intacte .

L'aspect de la femme et l'état de son utérus font immédiatement penser à une hémorragie retro-placentaire grave .

A trois heures, la dilatation du col est perméable au doigt . On rompt la poche des eaux et on injecte sous la peau 1 cg de chlorhydrate de morphine et dans la veine du sulfate de magnésie, et du sérum glucosé hypertonique .

Trois heures plus tard, la femme fait une hémoptysie brutale de moyenne abondance . La dilatation n'a pas progressé . Il y a un début d'hémorragie utérine et on décide de pratiquer une césarienne, après installation d'une transfusion de 500 cc de sang conservé .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture du péritoine on constate de nombreuses suffusions hémorragiques sur tout l'utérus, prédominantes à gauche .

Extraction d'un enfant mort-né de 1830 g . Extraction du placenta suivi de l'évacuation de nombreux caillots . On commence à suturer l'utérus mais devant l'incoagulabilité du sang épanché on décide de pratiquer une hystérectomie après injection de 250 mg de cortisone par voie intramusculaire .

Le sang prélevé avant l'injection de la cortisone est incoagulable . L'hémorragie diminue après l'administration de cortisone et on pratique une hystérectomie subtotale . La tension est à 9,5/5 à la fin de l'intervention et le sang épanché dans la cavité abdominale coagule . Péritonisation et fermeture en trois plans, crins et agrafes sur la peau .

Après l'intervention, on continue les injections de sulfate de magnésie mais malgré cela l'état de la femme continue à s'aggraver, apparition de signes de choc, teint terreux, agitation, dyspnée .

La femme meurt à 14h .

OBSERVATION N° 38 : Le Majouba bent ... 1957

Agée de 16 ans . Un accouchement normal . 1 enfant décédé en bas âge . Dernières règles en fin Juillet 1956 .

Entre dans le service le 11 Mars à 16 h 30 pour douleurs abdominales à début brutal .

Examen général : tension artérielle 16/9
pouls 96
albumine en grande quantité dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 27 cm
contracture utérine

Au toucher : dilatation à 5 F
présentation de siège décomplétée
poche des eaux intacte
bassin normal
on ne perçoit pas les bruits du coeur foetal

Devant la contracture utérine s'associant à l'hypertension artérielle et l'albuminurie massive on porte le diagnostic d'hémorragie retro-placentaire .

Rupture de la poche des eaux avec issue d'un liquide abondant et sanguinolant . Installation d'une transfusion de 250 cc de sang conservé . La femme accouche rapidement d'un enfant mort-né de 2080 g . Délivrance naturelle suivie de gros caillots de sang noir . On note une cupule sur le placenta .

Il n'y a pas d'hémorragie de la délivrance . Les suites de l'accouchement sont bonnes et la femme sort le quatrième jour après son admission .

OBSERVATION N° 39 : Ménériem Bent ... 1957

Agée de 27 ans, troisième pare . 2 enfants vivants .

Entre dans le service le 29 Mars à 20h pour hémorragie à début brutal, apparue une heure avant son admission . La femme est en état de choc : agitation et dyspnée, traits tirés, tension artérielle imprenable, pouls rapide filant .

A l'examen : hauteur utérine 31 cm, malgré une grossesse de 7 mois, aux dires de la malade .
Absence des bruits du coeur foetal .

Au toucher : col long, perméable au doigt
présentation céphalique haute mobile
poche des eaux intacte .

Dès l'admission de la malade, on installe une transfusion de 500 cc de sang conservé, et on rompt la poche des eaux .

Le sang prélevé à la vulve est incoagulable . On injecte 250 mg de cortisone par voie intramusculaire . 20 minutes après l'injection de la cortisone le sang vaginal coagule, néanmoins, devant l'état de la malade on décide de pratiquer une césarienne .

Compte rendu opératoire

Extraction d'un enfant mort-né tétanisé de 1870 g . Extraction du placenta suivie de nombreux caillots fraichement constitués pour la plupart, mais dont un semble déjà organisé . Absence de cupule sur le placenta .

Il semble ainsi que l'hématome retro-placentaire se soit constitué depuis peu .

Fermeture en trois plans, crins et agrafes sur la peau .

La malade recommence à saigner après l'intervention . On continue à transfuser du sang conservé et des substituants de plasma . Le sang vaginal est de nouveau incoagulable . (Le sang prélevé au moment de l'intervention montrait un taux de prothrombine à 34 % et une résistance à l'héparine légèrement augmenté) .

La malade meurt deux heures après l'intervention .

OBSERVATION N° 40 : Beja bent ... 1957

Agée de 40 ans . Neuvième pare, huit accouchements normaux : 6 enfants vivants, 2 enfants décédés .

Entre le 13 Juin 1957 à 14 h pour douleurs abdominales .

Examen général : tension artérielle 9/4, pouls 100
traces d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : col long, perméable au doigt,
poche des eaux intacte .

On injecte une ampoule de spasmalgine . La dilatation atteint 2 F à 24h . La contracture utérine persiste après l'administration de spasmalgine . On rompt la poche des eaux à 7h alors que la dilatation est à 5 F . Le liquide est légèrement sanguinolent . On note une légère élévation de la température à 38,2 . La tension artérielle se maintient aux environs de 10/5 au cours de la nuit, le pouls reste accéléré à 100 .

La dilatation est complète à 10h . On décide alors de faire une application de forceps à la vulve : extraction d'un enfant mort-né de 1300 g .

Délivrance artificielle suivie de l'évacuation de nombreux caillots . Pas d'hémorragie de la délivrance . On injecte 100 mg de cortisone par voie intra-musculaire et on fait une transfusion de 250 cc de sang conservé . La tension artérielle remonte à 12,5/5, pouls à 120 .

Les suites de couches sont bonnes et la femme sort le septième jour après son admission .

OBSERVATION N° 41 : de Fafani bent ... 1957

Agée de 30 ans, septième pare : 2 enfants vivants, 4 enfants décédés en bas âge .

Entre dans le service le 11 Juillet 1959 à 7 h 30, pour début de travail et hémorragie utérine .

Examen général : tension artérielle 9/5, pouls 84
absence d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 34 cm
on ne perçoit pas les bruits du coeur foetal

Toucher vaginal : col épais, dur, effacé, perméable au doigt
présentation céphalique haute mobile
poche des eaux rompue
on ne perçoit pas les bords du placenta
on constate une hémorragie utérine .

La dilatation ne progresse pas . Devant l'hémorragie persistante et

l'absence de placenta praevia cliniquement décelable, on pense à un hématome retro-placentaire .

On décide de pratiquer une césarienne sous anesthésie à l'éther - oxygène et après l'installation d'une perfusion d'un flacon de dextran .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture du péritoine, on découvre un utérus légèrement bleuté par endroits ; on note la présence d'un gros caillot qu'on enlève .

Extraction d'un enfant tétanisé de 2350 g .

Extraction du placenta (500 g), on découvre une grosse cupule de 5 cm de diamètre sur la face maternelle .

L'utérus étant d'aspect normal, on décide de le conserver .

Fermeture en trois plans, suivant le procédé classique .

La femme sort guérie 13 jours après son admission .

OBSERVATION N° 42 : Habrouka bent ... 1957

Agée de 38 ans . Sixième pare . 4 enfants vivants, 1 enfant décédé .

Entre le 2 Septembre 1957 à 14 h pour douleurs abdominales à début brutal .

Examen général : tension artérielle 12/7, pouls 104
pas d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 39 cm
utérus en contracture permanente
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col long fermé, présentation céphalique haute
poche des eaux intacte
le doigtier ramène du sang .

On injecte une ampoule de spasmalgine . La dilatation ne progresse pas . On décide de pratiquer une césarienne sous anesthésie à l'éther-oxygène .

Compte rendu opératoire

Extraction d'un enfant mort-né de 1500 g . Extraction du placenta suivie de l'évacuation d'une grande quantité de caillots fraichement constitués . On ne trouve pas de lésions d'apoplexie utérine .

Les suites de l'intervention sont bonnes et la femme sort le septième jour après son admission .

OBSERVATION N° 43 : Me L. 1957

Agée de 29 ans, deuxième pare : deux enfants vivants de 1 et 7 ans .

La femme a été soignée antérieurement par son médecin pour hypertension artérielle sans lésion rénale (17/10) .

Elle se présente en Novembre 1957, au troisième mois de sa grossesse On trouve à l'examen général : tension artérielle 14/8, et au toucher un fibrome de la corne gauche de l'utérus .

En Mars 1958, la fe me souffre malgré un régime strict,de céphalée et d'oedèmes des membres inférieurs . La tension est à 17/10 .

Le 15 Avril, la femme ressent une douleur subite au fond utérin, on constate à l'examen un début de travail, l'utérus est tendu . On ne perçoit pas les bruits du coeur .

Tension artérielle 18/10 .

Pas d'albumine dans les urines .

Le lendemain matin, accouchement normal d'un enfant mort-né .

La délivrance est suivie de l'évacuation d'un gros caillot inter-utero-placentaire de 400 g .

OBSERVATION N° 44 : Me Meriem bent ... 1957

Agée de 35 ans . Huitième pare : 3 enfants vivants, 4 enfants décédés .

Entre dans le service le 14 Octobre à 10h en état de choc . Pâleur extrême, agitation, dyspnée, refroidissement des extrêmités .

Tension artérielle : 7,5/?, pouls 120 .

Pas d'oedèmes, absence d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 39 cm .
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus
on note quelques contractions utérines .

Au toucher : col effacé, dilatation à 5 F .
présentation céphalique mobile
poche des eaux intacte .

On rompt la poche des eaux dès l'arrivée de la malade . Le liquide est sanguinolent . La malade meurt dans un état de choc avant qu'on n'ait pu installer une transfusion sanguine . On décide de pratiquer immédiatement une césarienne post-mortem .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture du péritoine on trouve un utérus infarci, violacé .

Extraction d'un enfant mort-né de 3800 g en début de macération . La cavité utérine est remplie d'énormes caillots . Extraction du placenta suivie d'énormes caillots .

OBSERVATION N° 45 : Me Douja bent ... 1957

Agée de 23 ans . Troisième pare . 2 accouchements normaux . 2 enfants vivants . Grossesse actuelle à terme .

Entre le 31 Décembre 1957 à 7h pour une hémorragie qui a débuté 2h avant .

Examen général : tension artérielle 10/5
pouls 95
présence d'albumine en grande quantité dans les urines .
Il s'agit d'une femme maigre, pâle, épuisée .

Examen obstétrical : hauteur utérine 33 cm
hypertonie utérine
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col long, perméable au doigt
poche des eaux intacte
présentation céphalique haute
le doigtier ramène du sang .

On pense à une hémorragie retro-placentaire et la femme continuant à saigner peu après son admission, alors que la dilatation est à 2 F et que l'hypertonie utérine va en s'accentuant, on rompt la poche des eaux. On injecte une ampoule de spasmalgine .

Malgré cela, la contracture utérine persiste, l'hémorragie intermittente continue et la dilatation demeure stagnante à 5 F . La tête est engagée en OIGA et on décide une application de forceps sous anesthésie à l'éther-oxygène, après incision du col .

Extraction d'un enfant mort-né de 3000 g avec un début de macération . Délivrance artificielle suivie de l'évacuation de nombreux caillots non organisés . La femme saigne abondamment après la délivrance . Suture des lèvres de l'incision du col et tamponnement utero-vaginal . On injecte une ampoule d'adrénoxyl .

A 12 h 30 la femme continue à saigner, tension artérielle 10/7, pouls 120 .

On injecte 100 mg de cortisone et on installe une perfusion de 2 flacons de dextran et une transfusion de 500 cc de sang (+ tonicardiaque et cortine naturelle) .

La femme continue à saigner et une heure et demie après l'accouchement on décide de pratiquer une hysterectomie sous anesthésie à l'éther-oxygène, vers 13h .

Compte rendu opératoire

Laparomie médiane sous-ombilicale . Le péritoine est bleu et on y constate de nombreuses suffusions hémorragiques . L'utérus est entièrement infarci . Il s'agit donc d'une apoplexie utero-placentaire . Hysterectomie totale avec conservation des annexes .

La femme continue à saigner après l'intervention . Tension artérielle 7/5, pouls rapide filant à 18h. On continue les transfusions de sang et de dextran . A 20h la femme saigne toujours mais le sang prélevé à la vulve coagule .

Injection de 250 mg de cortisone suivie de l'injection de cortine naturelle et d'une ampoule de pressyl .

La tension artérielle est remontée à 8/5 . A 24h, l'hémorragie est arrêtée et l'état de la malade s'améliore .

Elle sort guérie le douzième jour après son admission .

OBSERVATION N° 46 : [illegible]e Salma bent ... 1957

Agée de 45 ans . Onzième pare . Dix accouchements normaux . 6 enfants vivants, 4 enfants décédés .

Entre le 21 Décembre 1957 à 22h en état de choc, après apparition brutale de douleurs abdominales gauches et d'une hémorragie vaginale .

Examen général : tension artérielle 6,5/4, pouls 108
pas d'urines au sondage .

Examen obstétrical : hauteur utérine 37 cm
utérus dur et douloureux
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col en voie d'effacement, dilatable au doigt
poche des eaux intacte
le doigtier ramène du sang

On installe une perfusion de dextran et on rompt la poche des eaux : issue d'un liquide noirâtre . La tension artérielle remonte rapidement à 14/7, pouls 150 . La contracture utérine s'accentue, la dilatation reste stationnaire .

La femme continue à saigner et devant la persistance de l'hémorragie intermittante et l'accentuation de la contracture utérine malgré la rupture de la poche des eaux, on décide de pratiquer une césarienne sous anesthésie à l'éther-oxygène, après installation d'une transfusion de 500 cc de sang conservé .

Le sang prélevé à la vulve coagule en trois minutes .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture, on constate de nombreuses suffusions hémorragiques sur le péritoine, surtout sur la partie recouvrant le segment inférieur . A l'ouverture du péritoine on note une infiltration hémorragique sur la face gauche de l'utérus . Extraction d'un enfant mort-né de 2800 g .

Extraction du placenta suivie de nombreux caillots . On note une dépression sur la face maternelle du placenta . L'utérus se contracte bien , l'hémorragie semble s'arrêter . Fermeture en trois plans, crins et agrafes sur la peau .

L'hémorragie est arrêtée après l'intervention et la tension artérielle reste stabilisée . Injection préventive de 250 mg de cortisone .

Les suites de l'intervention sont bonnes et la femme sort le dixième jour après son admission .

OBSERVATION N° 47 : Me Gabia bent ... 1957

Agée de 28 ans . Septième pare, neuvième geste .

Six accouchements normaux, 4 enfants vivants, 2 enfants décédés . 2 fausses couches . Grossesse actuelle au huitième mois .

Entre le 22 Décembre pour un début de travail et hémorragie .

Examen général : tension artérielle 8,5/5, pouls 95
traces d'albumine dans les urines

Examen obstétrical : hauteur utérine 29 cm
contractions utérines normales
les bruits du coeur foetal sont perçus

Au toucher : col dur, scléreux cicatriciel, dilatable à 2F
présentation céphalique haute mobile
poche des eaux intacte
le doigtier ramène du sang .

A 13 h 30, la dilatation n'a pas progressé . On rompt la poche des eaux et l'hémorragie s'arrête . Les bruits du coeur ne sont plus perçus . Tension artérielle 6,5/5, pouls rapide et filant . On installe une perfusion de dextran et on administre des tonicardiaques .

A 14h la tension artérielle est remontée à 11/7 .

A 15 h 30, on note une reprise de l'hémorragie . Les contractions utérines sont ralenties, la dilatation est stationnaire . Le sang prélevé à la vulve est incoagulable . On injecte alors 200 mg de cortisone par voie intra-musculaire et une ampoule de spasmalgine . Une demie heure après les contractions utérines sont plus rapprochées .

Une nouvelle analyse faite à ce moment montre une forte albuminurie . Le sang prélevé de nouveau à la vulve est incoagulable .

A 17 h, dilatation à grande paume, col très aminci . Un quart d'heure après, accouchement normal d'un enfant mort-né de 870 g, avec un début de macération .

Délivrance artificielle qui ramène un placenta déprimé en cupule .

A la révision utérine, on trouve un utérus atone rempli de caillots, qu'on évacue . Le sang prélevé est incoagulable . Malgré l'injection d'ocytociques, il ne se forme pas de globe de sécurité .

Devant la persistance et l'incoercibilité de l'hémorragie, on décide de pratiquer une hystérectomie totale, sous anesthésie à l'éther-oxygène .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture du péritoine, on note que les deux bords utérins, le droit en particulier, sont infarcis et noirâtres . Hystérectomie totale avec conservation des annexes .

L'hémorragie est arrêtée et le peu de sang qui s'écoule, coagule normalement en sept minutes .

Les suites furent assombries par une phlébite, traitée par héparine et tromexane, butazolidine . Guérison sans complication .

La femme sort guérie 44 jours après son admission .

OBSERVATION N° 48 : Me Safia bent... 1958

Agée de 48 ans . Septième pare . 4 enfants vivants, 2 enfants décédés, tous accouchés par application de forceps .

Entre dans le service le 2 Janvier à 5 h 30 .

Examen général : tension artérielle 15/10
très léger oedème des membres inférieurs
pas d'albuminurie

Examen obstétrical : hauteur utérine 32 cm
utérus en contracture
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col imperméable au doigt
présentation céphalique mobile
poche des eaux intacte .

A 9 h 45, la femme entre en état de choc (teint pâle, terreux, frissons) et se plaint de douleurs abdominales . L'utérus est contracturé, douloureux spontanément . La dilatation est entre 5 F et petite paume, la présentation n'a pas progressé . On rompt la poche des eaux, il s'écoule un liquide noirâtre .

A 11 h 15, le col est dilaté à grande paume, la tête engagée en OIGA . On décide alors une application de forceps, sous anesthésie générale, après incision du col .

Extraction d'un enfant mort-né de 3000 g . Délivrance artificielle et révision utérine qui ramène de gros caillots . L'examen du placenta montre la présence d'une cupule .

On injecte 250 mg de cortisone et des tonicardiaques . Le sang prélevé à la veine immédiatement après le forceps montre un temps de coagulation en 7 minutes .

La femme ne saigne plus après l'accouchement .

Les suites de l'intervention sont bonnes et la femme sort le sixième jour après son admission .

OBSERVATION N° 49 : Le Zohra bent ... 1958

Agée de 28 ans, primipare .

Entre dans le service le 5 Janvier à 15 h, pâle, agitée, en état de choc .

Examen général : tension artérielle 6,5/4
pouls filant rapide
la femme aurait saigné avant son admission

Examen obstétrical : hauteur utérine 31 cm
utérus contracturé
absence des bruits du coeur foetal .

Au toucher : col long formé
présentation céphalique haute mobile
poche des eaux intacte .

L'état de la malade nous conduit à installer une transfusion de 250 cc de sang conservé, suivie d'une perfusion de dextran et de l'administration de tonicardiaques, qui ramènent la tension artérielle à 12/8 .

A 16 h 15, on rompt la poche des eaux et la femme entre en travail : dilatation à 2 F . A 21 h, la dilatation étant entre petite et grande paume, on injecte une association de 5 unités de post-hypophyse et une ampoule de spasmalgine .

Une heure après la femme accouche spontanément d'un enfant mort-né de 1750 g .

Délivrance naturelle avec émission de nombreux caillots après le placenta .

Les suites de couches se déroulent normalement et la femme sort le sixième jour .

OBSERVATION N° 50 : Mc Aïcha bent ... 1958

Agée de 35 ans . Dixième pare : 9 accouchements normaux . 2 enfants mort-nés à terme . 5 enfants décédés, 2 enfants vivants .

Entre dans le service le 4 Mars 1958 à 12 h 25 en état de choc : tension artérielle 9/5, pouls rapide filant . Présence d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : grossesse au septième mois
hauteur utérine 27 cm
pas de bruits du coeur foetal perceptibles

Au toucher : col effacé, dilatable à 2 F
présentation céphalique au détroit supérieur
poche des eaux intacte .

La poche des eaux est rompue au cours de l'examen, il s'écoule un liquide sanguinolent . On note un peu de sang s'écoulant de la vulve .

Devant l'état alarmant de la femme, on décide de pratiquer d'urgence une césarienne sous anesthésie générale à l'éther-oxygène, et sous perfusion

de dextran, pensant à une hémorragie retro-placentaire .

Compte rendu opératoire

Laparatomie sous-ombilicale . A l'incision du péritoine on ne trouve pas de sang, mais l'utérus est pâle, blanc . Incision du segment inférieur . Extraction d'un enfant mort-né de 1660 g, tétanisé, dont les membres supérieurs sont en flexion et contracturés .

A l'extraction du placenta entièrement décollé, on retire de nombreux caillots de sang rouge . On constate alors que le placenta est aplati en cupule . Il s'écoule une grande quantité de sang rouge qui ne semble pas coaguler . On injecte par voie intra-musculaire 250 mg de cortisone . Les annexes droits sont oedèmatisés et le siège d'un hématome . Les annexes gauches sont normales .

Après la suture l'utérus se contracte normalement . L'écoulement de sang constaté après la délivrance s'arrête et des caillots apparaissent .

Péritonisation facile . Fermeture en trois plans . Crins et agrafes sur la peau .

Les suites opératoires sont bonnes et la femme sort six jours après son admission .

OBSERVATION N° 51 : Mme Habiba bent ... 1958

Agée de 40 ans . Neuvième pare = 8 accouchements normaux, 6 enfants décédés, 2 enfants vivants .

Entre dans le service le 30 Mars à 15 h en état de choc, après avoir brusquement saigné chez elle .

Examen général : tension artérielle 13/9
pouls rapide
dyspnée sine materia
présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 34 cm

utérus contracturé, "de bois".

L'absence des bruits du coeur foetal, avec l'albuminurie font penser à une hémorragie retro-placentaire .

Au toucher : col dilaté à 5 F

présentation céphalique au détroit supérieur

poche des eaux intacte .

On rompt la poche des eaux . Quand la dilatation atteint grande paume, on pratique sous-anesthésie générale, après incision du col, une application de forceps . Extraction d'un enfant mort-né de 2500 g .

Délivrance artificielle qui ramène facilement le placenta particllement décollé, immédiatement suivi de gros caillots . La femme se met alors à saigner abondamment . Un prélèvement fait à la vulve montre un sang incoagulable .

On décide d'injecter par voie intra-musculaire 250 mg de cortisone, pendant que l'on fait une transfusion de 250 cc de sang conservé, et devant l'incoercibilité de l'hémorragie on injecte de nouveau 250 mg de cortisone .

Quelque temps après, on constate l'arrêt de l'hémorragie et la tension se stabilise aux alentours de 10 .

4 heures après l'accouchement s'installe un état de choc, (tension artérielle 7/?) rapidement jugulé par une seconde transfusion de sang conservé .

Les suites opératoires sont bonnes et la femme sort dix jours après son admission .

OBSERVATION N° 52 : Me Fatma bent ... 1958

Agée de 38 ans, huitième pare, dixième geste . 3 enfants vivants, 4 enfants décédés . Accouchement d'un enfant mort-né en 1957 . Une fausse couche de 5 mois et un accouchement prématuré de six mois .

Entre dans le service le 16 Avril à 13 h, pâle, agitée, dyspnéique, légèrement choquée .

Examen général : tension artérielle 11/9
oedèmes des membres inférieurs
présence d'albumine dans les urines

L'interrogatoire révèle un début d'hémorragie quelques heures auparavent .

Examen obstétrical : hauteur utérine 36 cm
bruits du coeur foetal perçus, lointains
pas de contracture

Au toucher : col diminué en longueur, dilaté à petite paume
présentation céphalique
poche des eaux intacte
le doigtier ramène du sang .

Une heure après, la dilatation étant stationnaire, on injecte par voie intra-musculaire une association de 5 unités de post-hypophyse et de spasmalgine après rupture de la poche des eaux . A 15 h l'état de choc s'affirme . On installe une perfusion de dextran et on administre des tonicardiaques . On note la disparition des bruits du coeur foetal, des contractions utérines subintrantes . La dilatation est à grande paume .

Un quart d'heure après dilatation complète . Devant l'épuisement de la femme et l'absence de progression du foetus, on décide de pratiquer sous anesthésie générale à l'éther-oxygène une application de forceps en OIDT qui s'avère difficile par suite de dystocie des épaules . Extraction d'un enfant mort-né de 4640 g, immédiatement suivie d'une hémorragie de sang noir .

Délivrance artificielle qui révèle une dépression placentaire de 8 cm

de diamètre environ contrée sur une dépression plus accentuée .

L'hémorragie s'arrête après la délivrance et l'état général se rétablit rapidement .

La femme sort 4 jours après son admission .

OBSERVATION N° 53 : ME Houhannia bent ... 1958

Agée de 35 ans . Septième pare . 7 accouchements normaux . 7 enfants vivants .

Entre dans le service le 29 Avril 1958 à 15 h 30, en état de choc .

Examen général : tension artérielle 9,5/4, pouls 98
présence d'albumine dans les urines, en grande quantité .
pas d'oedèmes .

Examen obstétrical : hauteur utérine 31 cm
utérus contracturé et douloureux
on perçoit les bruits du coeur foetal

Au toucher : col dilaté à un doigt, épais
présentation céphalique
poche des eaux intacte
bassin normal .

A 16 h, la présentation est fixée en OIDT . La femme est agitée mais conserve un assez bon état général . On constate une hémorragie vaginale peu importante .

On pense alors à une hémorragie retro-placentaire et on décide de pratiquer une application de forceps en OIDT sous anesthésie générale, après incision du col .

Extraction d'un enfant mort-né de 2520 g .

Délivrance artificielle qui ramène de très gros caillots . L'examen du placenta montre une large cupule . On prélève du sang de la veine et de la vulve .

La coagulation parait normale (temps de coagulation 7 minutes) . Néanmoins, on injecte 250 mg de cortisone et on installe une perfusion de dextran . La tension remonte à 10/6, le pouls est à 80 .

La femme continue à saigner, mais le sang prélevé à la vulve coagule normalement . La tension artérielle chute à 7/4, et l'on installe une perfusion de dextran . L'état de la femme s'améliore alors rapidement .

Les suites opératoires sont bonnes et la femme sort 5 jours après son admission .

OBSERVATION N° 54 : Jamilab bent ... 1958

Agée de 30 ans . Cinquième pare . 5 accouchements normaux . Un enfant mort-né, accouché par le siège, 3 enfants décédés en bas âge . 2 fausses couches .

Entre dans le service le 15 Septembre 1958 à 22 h 45 . L'interrogatoire révèle l'existance d'une hémorragie et de douleurs survenues la veille .

Examen général : tension artérielle 15,5/11, pouls 120
traces d'albumine dans les urines
léger oedème sus-malléollaire

Examen obstétrical : hauteur utérine 38 cm
contracture utérine quasi permanente avec de rares relâchements .
On constate un écoulement sanglant de faible abondance .
Absence des bruits du coeur foetal .

Au toucher : col dilaté à 5 F
présentation céphalique en OIDT au détroit supérieur
poche des eaux intacte
promontoire accessible au doigt .

45 minutes après, on rompt la poche des eaux . La dilatation est

stationnaire . On s'aperçoit au cours d'un nouvel examen que la hauteur utérine est passée de 38 à 40 cm . La contracture utérine s'est accentuée . Les douleurs sont permanentes . Pouls et tension restent inchangés . On décide de pratiquer une césarienne .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture du péritoine on ne note pas de lésions sur l'utérus . Extraction d'un foetus mort-né tétanisé de 4340 g, puis du placenta accompagné de caillots énormes, pour la plupart rouges et fraichement constitués . La moitié du placenta est aplatie en deux cupules .

La suture du péritoine est facile, mais on constate plusieurs petites suffusions hémorragiques au niveau des bords utérins . Fermeture de la paroi en trois plans, crins et agrafes sur la peau .

A la fin de l'intervention, la tension est à 19/?, le pouls à 120 . L'hémorragie est arrêtée, on injecte 5 unités d'extrait de post-hypophyse et une ampoule d'ergotine .

Les suites opératoires sont bonnes . La femme sort guérie le onzième jour après son admission .

OBSERVATION N° 55 : Gabia bent ... 1958

Agée de 30 ans . Dixième pare . 9 accouchements normaux, 4 enfants décédés, 5 enfants vivants .

Entre le 12 Février 1958 à 14 h 30, pour un début d'hémorragie .

Examen général : tension artérielle 9,5/?, pouls 72
traces d'albumine dans les urines

Examen obstétrical : hauteur utérine 37 cm
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col épais non effacé
dilatation à 1 F
poche des eaux rompue (à 11h)
présentation céphalique mobile .

L'hémorragie se reproduit dans le service . On soupçonne l'existence d'un hématome retro-placentaire devant la persistance d'hémorragie intermittente malgré la rupture de la poche des eaux et on décide de pratiquer une césarienne .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture du péritoine, on trouve de nombreuses suffusions hémorragiques sur l'utérus . Extraction d'un enfant mort-né de 3100 g . Extraction de placenta largement décollé, suivie de l'évacuation de nombreux caillots retro-placentaires . On laisse toutefois l'utérus en place, et l'on injecte 5 unités de post-hypophyse par voie intraveineuse, et 250 mg d'hydrocortisone, par voie intraveineuse .

Fermeture en trois plans, crins et agrafes sur la peau . Tension artérielle 7/4 à la fin de l'intervention . On fait une perfusion de subtosan . L'hémorragie est arrêtée et la tension remonte rapidement .

Les suites opératoires sont bonnes et la femme sort dix jours après son admission .

OBSERVATION N° 56 : Ne Regaia bent ... 1958

Agée de 30 ans . Sixième pare . 5 accouchements normaux . 2 enfants décédés, 3 enfants vivants .

Entre dans le service le 11 Novembre 1958 à 12 h 30 .

A l'examen : hauteur utérine 47 cm
on constate l'existence d'une grossesse géméllaire
présence d'albumine dans les urines

Au toucher : col long, perméable au doigt
présentation céphalique mobile
poche des eaux intacte .

A 12 h 40, la dilatation est à petite paume . On rompt la poche des eaux . Expulsion du premier enfant vivant à 13 h 40 .(2620g) . On rompt la

deuxième poche des eaux et l'on constate alors, d'une part la disparition des contractions utérines, d'autre part l'apparition d'hémorragie, d'une importance telle qu'on décide une application de forceps en OIDP .

Extraction du deuxième enfant vivant, à 14 h 15 (poids de naissance de 2570 g) .

On pratique une délivrance artificielle et l'on constate que le premier placenta était presque entièrement décollé .

La tension artérielle qui était à 8/7 à la suite de l'accouchement remonte après une perfusion de subtosan et l'administration de tonicardiaques .

Les suites opératoires sont bonnes et la femme sort 4 jours après son admission .

OBSERVATION N° 57 : Me Salbah bent ... 1958

Agée de 35 ans . Huitième pare, neuvième geste . 7 accouchements normaux . 3 enfants vivants, 4 enfants morts . Un avortement après une grossesse de 2 mois .

Entre dans le service pour hémorragies et douleur abdominale à début brutal .

Examen général : tension artérielle 14/9
traces d'albumine dans les urines

Examen obstétrical : hauteur utérine 29 cm
les bruits du coeur ne sont pas perçus

Au toucher : col effacé, dilaté à 5 F
présentation céphalique
poche des eaux rompue .

A 14h, la dilatation est complète . On injecte 5 unités d'extrait de post-hypophyse et une ampoule de spasmalgine .

A 15 h 15, accouchement normal d'un enfant mort-né de 3150 g .

La délivrance s'effectue normalement, suivie de nombreux caillots pesant

en tout 300g . Malgré l'absence d'hémorragie et de choc, on installe une perfusion de dextran, suivie d'injection d'ocytociques et de tonicardiaques . Après l'accouchement, la tension est à 14/10, le pouls à 100 .

Les suites de couches sont bonnes et la femme sort cinq jours après son admission .

OBSERVATION N° 58 : Mc Aïcha bent ... 1958

Agée de 40 ans . Huitième pare ; 7 accouchements normaux : 4 enfants vivants, 3 enfants décédés .

Entre dans le service le 28 Décembre 1958 à 10h .

Examen général : tension artérielle 15/9, pouls 100
pas d'urines au sondage .

Examen obstétrical : hauteur utérine 26 cm
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col long, dilaté à 2 F
poche des eaux intacte
présentation céphalique

A 1 h 35, la femme se plaint de douleurs abdominales, plus accentuées au niveau du fond de l'utérus . Sa tension artérielle est à 15/9, le pouls irrégulier et filant, à 110 . Pas de contractions utérines perceptibles . Col dilaté à 2 F . On injecte 250 mg de cortisone par voie intraveineuse .

Une demie heure après, col effacé, dilaté à grande paume . La femme accouche normalement d'un enfant mort-né de 1300 g .

Délivrance artificielle, on note de nombreux hématomes sur toute la circonférence du placenta, et des caillots noirs sont évacués après son extraction .

Il n'y a pas d'hémorragie de la délivrance .

Les suites de couches sont bonnes et la femme sort le huitième jour après son admission .

OBSERVATION N° 59 : Me Fatma bent ... 1959

Agée de 30 ans . Quatrième pare . 3 accouchements normaux . 2 enfants décédés, 1 enfant vivant .

Entre dans le service le 13 Février à 10 h 25, après avoir saigné depuis 6 h . La malade est pâle et agitée .

Examen général : tension artérielle 11/6, pouls 95
albuminurie

Examen obstétrical : contracture utérine
hauteur utérine 33 cm
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col perméable au doigt
présentation céphalique haute mobile
poche des eaux intacte

On rompt la poche des eaux . Une demie heure après, la dilatation est complète . La femme accouche normalement d'un enfant mort-né de 2780 g .

Délivrance artificielle, après l'extraction du placenta on évacue de nombreux caillots . On note une cupule sur le placenta . Immédiatement après la délivrance on injecte 50 mg de cortisone par voie intraveineuse, des ocytociques et on installe une transfusion de 500 cc de sang conservé .

Après l'accouchement la tension artérielle se maintient à 11/6, le pouls à 76 .

Les suites de couches sont bonnes et la femme sort le septième jour après son admission .

OBSERVATION (N° 60 : Me Fatouma bent ... 1959

Agée de 32 ans . Septième pare, huitième geste . 6 accouchements normaux : 4 enfants vivants, deux enfants décédés, un avortement .

Entre dans le service le 3 Février à 23h en état général relativement conservé ; à l'interrogatoire douleurs abdominales depuis le matin, disparition des mouvements foetaux depuis .

Examen général : tension artérielle 10/5, pouls 100

Examen obstétrical : hauteur utérine 35 cm
utérus contracturé, douloureux au niveau du fond
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col long fermé
présentation céphalique, haute, mobile
poche des eaux intacte .

A 2 h 30, la femme saigne . Dilatation à 1 F . On décide de rompre les membranes . La dilatation est complète à 7 h, et la femme accouche normalement à 17 h 15, d'un enfant mort-né de 2800 g .

Délivrance spontanée, suivie de l'expulsion de nombreux et très volumineux caillots . On injecte 5 unités de post-hypophyse, et deux ampoules d'ergotine et des tonicardiaques .

Les suites de l'accouchement sont bonnes et la femme sort le quatrième jour après son admission .

OBSERVATION N° 61 : Fatma bent ... 1959

Agée de 17 ans, primipare .

Entre le 15 Février pour douleurs abdominales et pertes de sang rouge au neuvième mois de sa grossesse .

Examen général : tension artérielle 16/9, pouls 104
albumine en grande quantité dans les urines

Examen obstétrical : hauteur utérine 31 cm
utérus contracturé en permanence
on ne perçoit pas les bruits du coeur foetal

Au toucher : col court, perméable au doigt
présentation céphalique, non engagée
promontoire non atteint

Rupture artificielle des membranes à 20 h 30, à dilatation de 1 F . A 20 h 15, dilatation complète . A 22 h, accouchement normal .

Délivrance naturelle ; le placenta estsuivi d'un très gros caillot recouvrant toute la surface maternelle .

Après l'accouchement, injection de deux ampoules d'ergotine et de 50 mg de cortisone par voie intramusculaire .

La tension artérielle est à 18/14 .

Les suites de couches sont normales et la femme sort le quatrième jour après son admission .

OBSERVATION N° 62 : Ke Goutta bent Brahim ... 1959

Agée de 28 ans . Sixième pare . Sixième geste . 5 accouchements normaux . 5 enfants décédés .

Entre dans le service le 27 Avril à 1 h 45 pour un début de travail accompagné de douleurs abdominales et hémorragie utérine . La femme est en état de choc : pâleur, pouls rapide, extrêmités froides .

Examen général : tension artérielle 10,5/?
présence d'albumine dans les urines
oedèmes des membres inférieurs .

Examen obstétrical : hauteur utérine de 33 cm
utérus contracturé
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus .

Au toucher : col épais, dilaté à 5 F, procidence de la main
présentation céphalique haute mobile
poche des eaux intacte .

On rompt les membranes et on installe une perfusion de dextran . L'état de la malade, la contracture utérine et l'hémorragie vaginale font immédiatement penser à un hématome retro-placentaire . On décide de pratiquer une césarienne sous rachi-anesthésie .

Compte rendu opératoire

A 3 h 20, quelques instants après la rachi-anesthésie, la malade fait une syncope avec apnée, pouls filant . On injecte des analeptiques cardio-respiratoires et de la cortine naturelle et très lentement la malade reprend un rythme respiratoire régulier, le pouls revient lentement à la normale . La tension artérielle au moment de la syncope était de 4/2 .

Installation d'une transfusion de 500 cc de sang conservé . A 3 h 50 la tension artérielle est revenue à 9,5/7 .

A l'ouverture du péritoine on découvre sur la face antérieure et la face gauche de l'utérus une large zone d'infarcissement, de 6 cm de diamètre environ . Extraction d'un enfant mort-né de 3300 g, suivie de l'évacuation d'une grande quantité de caillots .

Extraction du placenta, couleur violacée, qui porte une large cupule, de 8 cm de diamètre environ sur sa face maternelle, avec une petite cupule marginale de 4 cm de diamètre environ .

L'utérus ne se contracte pas et saigne, mais on le conserve pourtant . Injection intraveineuse de 2 ampoules de post-hypophyse et de 11 mg d'hydrocortisone . Transfusion d'un deuxième flacon de sang .

Suture en trois plans selon la technique habituelle . A la fin de l'intervention la malade vomit un liquide marron, sans odeur spéciale .

La tension artérielle est revenue à 10/6 à la fin de l'intervention . Installation d'un flacon de dextran avec de la cortine naturelle pour le restant de la nuit .

Les suites opératoires sont bonnes et la femme sort guérie le huitième jour de son hospitalisation .

OBSERVATION N° 63 : Me Douja bent ... 1959

Agée de 38 ans, douzième pare . 11 accouchements normaux . 4 enfants décédés . Un mort-né à domicile, deux mort-nés à l'hôpital Charles Nicolle . L'interrogatoire laisse évoquer un hématome retro-placentaire, pour ces trois accouchements .

Entre dans le service le 13 Mai pour un début de travail et hémorragie vaginale .

Examen général : tension artérielle 11/6, pouls 100

Examen obstétrical : hauteur utérine 34 cm
utérus tendu, ne se relâchant pas
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : dilatation à 1 F, col épais rigide
présentation céphalique haute, mobile
poche des eaux intacte
la femme saigne, pas de placenta perçu au doigt

Rupture artificielle des membranes à 10 h 15 : issue d'un liquide abondant . On installe une perfusion de dextran . L'état de l'utérus et la persistance de l'hémorragie vaginale, en absence de placenta praevia font penser à un hématome retro-placentaire .

A 11h, la dilatation n'a pas progressé, la femme saigne toujours . On injecte une ampoule de lispamol . A 13 h 30 pas de progrès, mais l'état général reste bon ; tension artérielle : 11/6 . A 14 h la dilatation n'a pas progressé, on injecte 3 ampoules de spasmalgine à 20 minutes d'intervalle . A 13 h 40, la dilatation est à 2 F, le col plus souple . A 16 h 10, dilatation à grande paume, complète à 16 H 20 .

Accouchement d'un enfant mort-né de 3240 g . Expulsion spontanée d'un placenta suivi d'un caillot et d'environ 1 l de sang liquide .

Le placenta ne présente pas de cupule particulièrement marquée .

La femme sort guérie le quatrième jour après son admission .

OBSERVATION N° 64 : Me Zina bent ... 1959

Agée de 35 ans, cinquième pare, sixième geste . 4 accouchements à domicile, 2 enfants vivants, 2 enfants décédés, à 8 mois et à 18 mois, fausse couche sans curetage .

Entre le 10 Septembre 1959 pour un début de travail et hémorragie utérine .

Examen général : tension artérielle 12/7, pouls 96
pas d'albumine dans les urines

Examen obstétrical : hauteur utérine 30 cm
utérus tendu, difficilement palpable
contractions rares .
la grossesse parait à terme, mais d'après l'interrogatoire, il s'agissait d'une grossesse de 7 mois .

Au toucher : dilatation à 1 F
poche des eaux intacte
bassin normal
le doigtier ramène un peu de sang .

La dilatation ne progresse pas, on injecte une ampoule de Lispamol à 10 h . A 14 h 45 dilatation complète, le sommet est appliqué au détroit supérieur . Poche des eaux intacte . On rompt les membranes et on injecte une ampoule de post-hypophyse et une ampoule de spasmalgine .

A 15 h, accouchement d'un garçon mort-né de 2630 g . La femme souffre d'un léger malaise : tension artérielle 10/7, pouls rapide, pâleur . On injecte des tonicardiaques et de la cortine naturelle .

La tension artérielle remonte à 14/8, le pouls revient à la normale .

Délivrance spontanée, le placenta est décollé et suivi d'un caillot organisé de 400 g .

Les suites de couches sont bonnes et la femme sort le sixième jour après son admission .

OBSERVATION N° 65 : Me Merriem bent ... 1959

Agée de 30 ans . Dixième pare . 9 accouchements normaux : 5 enfants vivants, 4 enfants morts .

Entre le 4 Septembre 1959 à 8 heures pour un début d'hémorragie . La femme est atteinte d'un ictère ;

Examen général : tension artérielle 10/5, pouls 88
pas d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 28 cm
utérus souple
les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col long, dilaté à 1 F
présentation de siège décomplété
poche des eaux intacte
bassin normal
le doigtier ramène du sang

A 8 h 45, l'utérus est souple, il n'y a plus de contractures . La dilatation n'a pas progressé . La femme continue à saigner un peu .

A 12 h 35, la dilatation est complète et on rompt les membranes . Accouchement normal d'un siège décomplété en ST à 12 h 50 : enfant mort-né de 1360 g .

Expulsion spontanée du placenta (400 g) suivie d'un caillot organisé .

La femme sort le cinquième jour après son admission pour être hospitalisée dans un service de médecine .

OBSERVATION N° 66 : Me Mania bent ... 1959

Agée de 30 ans . Septième pare . Grossesse actuelle de huit mois .

Entre le 23 Septembre 1959 pour une hémorragie vaginale au huitième mois de sa grossesse .

Examen général : tension artérielle 9/5, pouls 104
pas d'albumine dans lesurines

Examen obstétrical : hauteur utérine 29 cm
absence des bruits du coeur foetal

Au toucher : col dilaté à un doigt
présentation céphalique mobile
poche des eaux intacte
le doigtier ramène du sang

La femme continue de saigner dans le service . On lui injecte 200 mg de cortisone et des ocytociques .

Deux heures après son admission la dilatation n'a pas progressé. La persistance de l'hémorragie et l'absence des bruits du coeur foetal font soupçonner une hémorragie retro-placentaire . Devant l'état de la femme, qui va en s'aggravant, et l'absence de progression du travail, on se décide à pratiquer une césarienne sous rachi-anesthésie et sous transfusion peropératoire de 500 cc de sang conservé .

Compte rendu opératoire

A l'ouverture du péritoine, on découvre un utérus infiltré de suffusions hémorragiques . Extraction d'un enfant mort-né tétanisé de 2450 g .

Extraction du placenta suivie de l'évacuation de nombreux caillots . On note la présence d'une cupule sur la face maternelle du placenta .

L'hémorragie semble diminuer et on se décide à conserver l'utérus . Hémostase et fermeture en trois plans selon le procédé habituel . Crins et agrafes sur la peau .

A la fin de l'intervention, l'hémorragie est arrêtée et la tension artérielle revient rapidement à la normale . Les suites de l'intervention sont bonnes et la femme sort le sixième jour après son admission .

OBSERVATION N° 68 : Me Jamila bent ... 1959

Agée de 30 ans . Huitième pare, 4 enfants vivants, 3 enfants décédés .

Entre le 6.11. 1959 envoyée par un médecin de banlieue pour eclampsie . D'après l'interrogatoire des parents, la femme aurait fait plusieurs crises à son domicile .

Examen général : tension artérielle 22/14, pouls 96
pas d'urines au sondage

Examen obstétrical : grossesse au quatrième mois
col long formé .

A l'entrée, la femme est très agitée . On lui injecte par voie intraveineuse du sulfate de magnésie à 30 % et du sérum glucosé hypertonique toutes les heures en alternance, et une ampoule de Largactyl par voie intramusculaire .

A 12h, pose d'une laminaire n° 16, injection d'antibiotiques . La femme ne présente plus de crises dans le service .

Le 7. 11 rupture de la poche des eaux . On donne un comprimé de quinine toutes les heures, jusqu'à concurrence de 5 .

Le 8. 11, l'état est stationnaire, il n'y a eu aucune contraction utérine . On pratique une incision du col sous anesthésie générale . Extraction d'un foetus mort . Délivrance artificielle qui extrait un placenta infarci, très hémorragique, et quelques caillots . On envoie des fragments du placenta au laboratoire .

Révision utérine . Les suites sont bonnes et la femme sort guérie 6 jours après son admission .

OBSERVATION N° 69 : Hassna bent ... 1954

Agée de 28 ans . Quatrième pare . 3 enfants vivants (2décédés en bas âge), le dernier né il y a 2 ans . Grossesse actuelle à terme .

Entre le 18. 2. 1954 à 8 h 30 en début de travail .

Examen général : tension artérielle 12/8, pouls 88
pas d'albumines dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 34 cm
contractions normales, avec relachement dans l'intervalle .
Les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus

Au toucher : col en voie d'effacement
poche des eaux intacte .

A 10 h 45, dilatation à grande paume ; rupture de la poche des eaux . Injection de post-hypophyse-spasmalgine .

Accouchement normal à 11 h 15, d'un enfant mort-né macéré de 2 Kg 960 .

Délivrance naturelle suivie de nombreux caillots . Large cupule au centre du placenta (550 g) .

Les suites de couches sont normales .

OBSERVATION N° 70 : Madame Khadija bent .

Agée de 32 ans . Septième pare . Six enfants vivants, le dernier né il y a trois ans .

Entre le 1. 4. 1954 à 11 h 10 en état de choc, avec hémorragie externe .

Examen général : tension artérielle 7/6, pouls très rapide
pâleur extrême
pas d'albumine dans les urines .

Examen obstétrical : hauteur utérine 34 cm
utérus en contraction permanente
les bruits du coeur sont perçus, très lointains (auscultation douteuse) .

Au toucher : présentation céphalique haute
poche des eaux intacte
dilatation à 1 F, on sent nettement le bord antérieur du placenta affleurant le bord antérieur du col .

On rompt la poche des eaux et on installe une transfusion . A 14 h, la tension est remontée à 11/6 ; le pouls à 96 . La femme ne saigne plus, mais la dilatation n'ayant pas progressé, on pratique une césarienne .

Compte rendu opératoire

A l'incision de l'utérus, on tombe sur le nombre de caillots ayant décollé toute la surface du placenta . On extrait un enfant de sexe féminin, mort-né, non macéré (2 Kg 420) .

Suites de couches fébriles avec psychose puerpérale . Mais la femme est sortie du service en bon état au bout d'un mois .

Vu, le Président de Thèse
Professeur VARANGOT

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

BALARD P., RIVIERE M., ECALLE et SUZOR, RHENTER M., PAUCOT, LAFFONT et FULSONIS, HAUCH, DELMAS P. et CADERAS de KERLEAU J., KOENIG et GEISENDORF, BROUHA : Discussion sur l'apoplexie utéro-placentaire. Gynec. Obst. oct. 1937.

BLAND et RAKOFF : Yearbook Obst. Gyn. 1958-59.

BRINDEAU et LANTUEJOUL : Hémorragie retro-placentaire. Statistiques de la Clinique Tarnier. Gyn.Obst. Oct. 1937. Nr 4.

COUVELAIRE A. : Ann. Gyn. Obst. 1912

COUVELAIRE A. et COUVELAIRE R. : Apoplexies utero-placentaires. Gyn. Obst. Août 1937, Nr.2.

GINGLINGER A. : Au sujet des décollements du placenta normalement inséré observés de 1924 à 1936 à la Clinique Gynécologique. Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris. Avril 1937.

HAUCH E. : Traitement conservateur des cas sévères de décollement prématuré du placenta. Acta. Obst. scand. 1943.

LACOMME : Pratique Obst. Paris Masson. 1960 p. 489.ff.

MONDOR H. : Infarctus de l'uterus. Mem. Ac. Chir. 1937. Nr.24.

PORTES : Thèse Paris Octobre 1933.

PORTES, LEPAGE, MAYER : Hématomes retro-placentaires sans manifestations toxémiques. Bull. Soc. Gyn. Obst. Janvier 1939 Nr I.

POULAIN J. : Cas de décollement graves du placenta et d'apoplexies uterines. Thèse Paris 1946. Nr. 596.

RAFFIN DOURNEY : Traitement de l'apoplexie utero-placentaire. Thèse Alger 1 décembre 1944 Nr. 50.

RIVIERE M. : Evolution des idées concernant la pathogénie des apoplexies utero-placentaires. J. Med. Bodeaux 15 décembre 1941 Nr. 26.

RIVIERE M. et POUCHARD P. : Contribution à l'étude expérimentale des apoplexies utero-placentaires. Bull. Soc. Gyn. Obst. Paris Avril 1937. Nr.4.

RIVIERE, CHASTRUSSE et MISSON : Resultats du traitement de l'hémorragie retro-placentaire dans le service depuis 1948

SHEEHAN H.L. : Le rein dans l'apoplexie utero-placentaire. Congrès international Obst. New-York Mars 1950.

WEYMEERSCH A., SNOEK J. : Traitement de l'apoplexie utero-placentaire. Gyn. Obst. Août 1937. Nr. 2.